



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

LIDIANE SOUZA LIMA

MÚSICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS

ARACAJU
2016

LIDIANE SOUZA LIMA

**MÚSICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro.

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Daniele Vieira Dantas

**ARACAJU
2016**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

L732 Lima, Lidianne Souza
Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras / Lidianne Souza Lima ; orientadora Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro ; coorientadora Daniele Vieira Dantas. – Aracaju, 2016.
96 f.: il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

1. Queimaduras. 2. Dor. 3. Analgesia. 4. Música. 5. Enfermagem. I. Ribeiro, Maria do Carmo de Oliveira, orient. II. Dantas, Daniele Vieira, coorient. III. Título.

CDU 616-001.17:78

LIDIANE SOUZA LIMA

**MÚSICA COMO RECURSO TERAPÊUTICO NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE
QUEIMADURAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: ____/____/____

Profª Drª Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro
(Presidente)

Prof. Drª Daniele Vieira Dantas
1º Examinador

Profª Drª Mariangela da Silva Nunes
2º Examinador

PARECER

RESUMO

Introdução: as queimaduras são injúrias que afetam a vida física e emocional dos indivíduos, família e comunidade. A dor é um dos principais sintomas relatados pelas vítimas de queimaduras, no entanto o seu manejo permanece como um desafio para equipe de saúde. Nesse sentido, propõe-se estudar a música como uma terapia adjuvante no tratamento da dor nessa população. **Objetivos:** identificar o perfil sociodemográfico e de saúde das vítimas de queimaduras atendidas em uma unidade de tratamento de queimados; conhecer as características dos eventos e os principais analgésicos prescritos na unidade de emergência; descrever o efeito da música na dor em vítima de queimaduras durante a troca do curativo, no tocante à intensidade, qualidade e características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*. **Método:** trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva, exploratória com abordagem quantitativa, realizada na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgências de Sergipe, entre outubro de 2015 e maio de 2016. A amostra foi composta por 16 vítimas de queimaduras que faziam curativo das lesões em leito hospitalar de internação e receberam analgesia de rotina cerca de 30 minutos antes do procedimento. Os sujeitos foram randomizados em três grupos: GA (ouviu música antes do curativo), GB (ouviu música durante o curativo) e GC (não ouviu música). Optou-se permitir ao paciente escolher o repertório musical. **Resultados:** a média de idade dos participantes foi de 31,8 anos ($\pm 14,1$). Majoritariamente, os sujeitos eram do gênero masculino (62,5%), solteiros (43,8%), pardos (68,8%) e economicamente ativos (75,0%). As lesões por queimaduras foram principalmente de segundo grau (93,8%) e atingiram os membros inferiores (68,8%). A média de superfície corporal queimada foi de 15,8% ($\pm 11,5$). As circunstâncias que envolveram queimaduras ocorreram, sobretudo, no domicílio (50,0%), aos domingos (25,0%) e nos turnos manhã (37,5%) e noite (37,5%). O principal agente etiológico foi o álcool (31,3%). Todos os pacientes receberam analgesia na unidade de emergência, apesar de apenas a minoria ter a dor documentada (18,8%). A dipirona (93,8%) e o tramadol (56,3%) foram maioria nas prescrições médicas. No decorrer da pesquisa, houve predomínio das músicas religiosas (50,0%). A intervenção com música reduziu as médias da frequência cardíaca e saturação de oxigênio, porém não alterou a frequência ventilatória. Observou-se declínio da média da intensidade da dor nos grupos GB ($p = 0,0505$) e GC ($p = 0,0055$). Durante o curativo, a queimação foi característica unânime para todos os sujeitos, do mesmo modo que o autorrelato como característica definidora da *North American Nursing Diagnoses Association*. **Conclusão:** os homens jovens, solteiros, pardos e ativos economicamente são os principais

acometidos pelas queimaduras, as quais ocorrem, sobretudo, no domicílio, aos domingos e nos turnos manhã e noite, além de terem o álcool como agente etiológico predominante. Acrescenta-se que as lesões de segundo grau e em membros inferiores foram maioria. A dor foi um sintoma frequente nessa população, a qual caracterizou-a como queimação e manifestou-a pelo relato verbal, independentemente da escuta musical. Todos pacientes receberam analgesia na unidade de emergência, com destaque para a dipirona e o tramadol. Na Unidade de Tratamento de Queimados, a música demonstrou ser um efetivo recurso não farmacológico para o alívio da dor, uma vez que auxiliou no controle dos sinais vitais, reduziu a média da intensidade da dor.

Descritores: Queimaduras; Dor; Analgesia; Música; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Burns are injuries affecting the physical and emotional life of individuals, family, and community. The pain is one of the main reported symptoms by the patient with burns, and its handling is still a challenge for the health team. In this sense, it is aimed to study the music as an adjuvant therapy for pain treatment in this population. **Objectives:** to identify the socio-demographic and health profile of victims of burns assisted in a burning treatment unit; to know the events' characteristics and the main prescribed painkiller in the emergency unit; to describe the effect of music in the pain of victims with burns during dressing changing, as its intensity, quality and defined characteristics of the nursing diagnosis of acute pain, according to the taxonomy II of the *North American Nursing Diagnosis Association*. **Method:** This is an applied, descriptive, exploratory research with a quantitative approach, held between October 2015 and May 2016 in the Burn Care Unit of the Emergency Hospital of Sergipe. The sample was 16 burn victims who had dressings of their injuries in hospitalization beds and took analgesics 30 minutes before the procedure. The subjects were randomized into three groups: A: patients who listened to music before the dressing; B: patients who listened to music during the dressing; C: patients who did not listen to music. The patient could choose the music. **Results:** the average age of the participants was 31,8 years old ($\pm 14,1$). Most of them were male (62,5%), single (43,8%), brown (68,8%) and economically (75,0%). The burn injuries were mainly of second degree (93,8%) affecting lower limbs (68,8%). The burn average body area was 15,8% ($\pm 11,5$). The burning circumstances occurred mostly at the patients' home (50,0%), on Sundays (25,0%) during the morning (37,5%) and evening (37,5%). The main etiologic agent was the alcohol (31,3%). All patients took painkiller in the emergency unit, even only a few of them reported the pain (18,8%). Dipyrone (93,8%) and Tramadol (56,3%) were the most prescribed medicines. During the research, most music were religious (50,0%). The interventions with music reduced the average cardiac frequencies and oxygen saturation. However, it did not change ventilatory frequencies. A decrease on the average of pain was observed in the groups GB ($p = 0,0505$) and GC ($p = 0,0055$). During the dressing, the burning sensation was a unanimous characteristic in all the subjects, as the self-report of the defined characteristic of the *North American Nursing Diagnoses Association*. **Conclusion:** The young men, unmarried, brown skin color and economically active are the main affected by burns, occurring mainly at home, on Sundays and in the morning and evening shifts, besides having alcohol as the predominant etiological agent. Second-degree and lower-limb lesions were the majority. Pain was a frequent symptom in this population, characterized as burning and manifested it through

verbal reporting, independently of musical listening. All patients received analgesia in the emergency unit, with emphasis on Dipyrone and Tramadol. In the Burns Treatment Unit, music proved to be an effective non-pharmacological resource for pain relief, since it helped in the control of vital signs, reducing the average of pain intensity.

Keywords: Burns; Pain; Analgesia; Music; Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE QUEIMADURAS	14
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE QUEIMADURA COM DOR.....	18
3.2.1 Considerações sobre dor e enfermagem.....	18
3.2.2 Considerações sobre dor na queimadura.....	22
3.2.3 Assistência de enfermagem no manejo da dor na queimadura.....	27
4 MÉTODO	35
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO	35
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	36
4.5 SISTEMÁTICA DE COLETA DE DADOS	36
4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 ARTIGO I	42
5.2 ARTIGO II	55
6 CONCLUSÃO.....	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	80
ANEXO B – Termo de Confidencialidade	91
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são injúrias que afetam a vida física e emocional das pessoas, uma vez que são dolorosas, incapacitantes e distorcem a autoimagem das vítimas e as suas relações sociais (CABULON et al., 2015; GUIMARÃES; MARTINS; GUIMARÃES, 2013; SOUZA, 2011). Além disso, quando associadas à magnitude de suas ocorrências, as queimaduras se tornam um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estima-se que, anualmente, ocorram em torno de 300 mil óbitos (WHO, 2008) e 11 milhões de atendimentos de saúde em decorrência das queimaduras em todo o mundo (WHO, 2014a). No Brasil, não há dados epidemiológicos globais, mas acredita-se que cerca de 1.000.000 de pessoas sofram queimaduras por ano, das quais 100 mil procurem atendimento hospitalar, 40 mil necessitem de internação e 2.500 morram em consequência direta ou indireta desse tipo de trauma (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012; FREITAS et al., 2015; NASCIMENTO; BARRETO; COSTA, 2013; REIS; MOREIRA; COSTA, 2011). Em Sergipe, também há carência de dados epidemiológicos (FREITAS et al., 2015), no entanto sabe-se que, nos estados do nordestes, os meses de maio, junho e julho são prevalentes em queimaduras (FREITAS et al., 2015; QUEIROZ; LIMA; ALCÂNTARA, 2013; REIS; MOREIRA; COSTA, 2011).

Devido à natureza das lesões e aos diversos procedimentos terapêuticos necessários no seu tratamento, a dor é um dos principais sintomas relatados pelos pacientes com queimaduras (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; CONNOR-BALARD, 2009a; MENDONZA et al., 2016; RICHARDSON; MUSTARD, 2009), os quais consideram a troca do curativo como o momento mais doloroso de todo o tratamento (IURK et al., 2010; YUXIANG et al., 2012). Apesar desse conhecimento e dos avanços tecnológicos e científicos na área, em virtude da complexidade da dor envolvida nas queimaduras, o seu manejo adequado permanece um desafio para a equipe de saúde. Nesse sentido, o controle efetivo do fenômeno doloroso exige abordagem holística dos pacientes por uma equipe multidisciplinar. Isso envolve a utilização de medidas farmacológicas associadas a terapias complementares e a avaliação frequente e contínua das respostas apresentadas (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013).

No contexto da assistência multiprofissional, a equipe de enfermagem tem papel fundamental no tratamento da vítima de queimadura (GÓMEZ-TORRES et al., 2014; SILVA; RIBEIRO, 2011; WILLIAMS, 2009). O processo de trabalho da equipe de enfermagem compreende um contato contínuo e prolongado com os pacientes, o que permite um

acompanhamento assíduo de suas queixas, inclusive as dolorosas, assim como das respostas terapêuticas. Dessa forma, esses profissionais retêm maior responsabilidade e habilidade técnica no manuseio e alívio da dor referida (SILVA; RIBEIRO, 2011). No entanto, nota-se lacuna de conhecimento desses profissionais no tocante à temática (RAFATI et al., 2016; SILVA; RIBEIRO, 2011).

Atualmente, existem evidências científicas a favor do uso das terapias complementares para o manejo da dor em diversas situações clínicas. Cada tipo de terapia tem melhores resultados em determinada patologia dolorosa, mas todas consideram a emoção como fundamental no tratamento, por isso se desviam do modelo biomédico (FLORES et al, 2014). As terapias complementares valorizam a dimensão subjetiva da atenção à saúde e estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, de caráter mais holístico, integral e empoderador, além de manter o baixo custo, a sustentabilidade, a eficiência e a eficácia (BRASIL, 2015; MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

A música é uma das terapias complementares mais conhecidas e tem se mostrado efetiva no controle da dor, além de ser um recurso seguro e barato, facilmente incorporado na rotina dos pacientes (ALLRED; BYERS; SOLE, 2010; COLE; LOBIONDO-WOOD, 2014). Consiste na utilização do som para aliviar os estados emocional, físico e comportamental, de maneira a auxiliar o desvio da atenção em relação à dor. Isso melhora o humor, o conforto e o bem-estar, tanto do paciente quanto da equipe de saúde, assim como reduz o consumo de analgésicos (CASSILETH; GUBILI, 2010; NOCITI, 2010).

A terapia com música é, então, uma alternativa que pode ser utilizada de forma segura por enfermeiros como recurso adjuvante na gestão do fenômeno doloroso (ALLRED; BYERS; SOLE, 2010; COLE; LOBIONDO-WOOD, 2014; VAAJOKI et al., 2012). No entanto, nota-se deficiência de conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação ao uso da música como recurso terapêutico e elemento para o cuidado de enfermagem (NÓBREGA; SOUSA, 2013).

Em virtude do fato de a dor em vítimas de queimaduras ainda ser consideravelmente subtratada e diante das limitações impostas pelos tratamentos farmacológicos convencionais, principalmente no que se refere aos efeitos colaterais, evidenciou-se a necessidade de incorporação, na assistência de enfermagem, de um recurso terapêutico alternativo que auxilie no controle da dor e promova qualidade de vida e bem-estar ao paciente com queimaduras.

Amplamente utilizada no alívio da dor e ansiedade e controle do estresse em diversas situações clínicas e cirúrgicas, a música foi a opção terapêutica escolhida, uma vez que sua empregabilidade ainda é pouco discutida nos casos de queimaduras. Diante disso, a presente

pesquisa pretende, portanto, agregar conhecimento aos profissionais de enfermagem na prática de uma assistência segura e humanizada por meio da escuta musical.

O cuidado ao paciente com dor inicia-se por uma boa avaliação desse fenômeno, por isso, nesse estudo propõem-se as seguintes questões de pesquisa: qual o perfil sociodemográfico e de saúde das vítimas de queimaduras de uma unidade de tratamento de queimados? Quais as características do evento e os principais analgésicos prescritos em uma unidade de emergência? Quais as características da dor em vítimas de queimaduras quanto à intensidade e qualidade? Quais as principais características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda atribuíveis às vítimas de queimaduras? Qual o efeito da música na dor experimentada por esses paciente durante a troca do curativo?

O uso da música precisa ser melhor estudado como recurso terapêutico para o alívio da dor em vítimas de queimaduras, portanto necessitam-se de pesquisas dessa natureza para agregar conhecimento às equipes de saúde e fomentar esse recurso na prática clínica. Além disso, esse estudo busca desvelar a situação atual da abordagem da dor dessas vítimas no local de estudo, de maneira a apontar possíveis falhas e promover melhorias na qualidade assistencial. Isso não se aplica somente à unidade onde foi realizada a pesquisa, mas também a outros ambientes hospitalares com características semelhantes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o fenômeno doloroso em vítimas de queimaduras e o efeito da música no seu tratamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde das vítimas de queimaduras atendidas em uma unidade de tratamento de queimados.
- Conhecer as características dos eventos e os principais analgésicos prescritos na unidade de emergência.
- Descrever o efeito da música na dor em vítimas de queimaduras durante a troca do curativo, no tocante à intensidade, qualidade e características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association*.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão de literatura tem por objetivo contextualizar a dor aguda em vítimas de queimaduras e o uso da música como intervenção de enfermagem para o seu controle. Inicia-se com uma abordagem geral sobre queimaduras, seguida por alguns aspectos sobre a dor e a atuação da enfermagem nesse contexto, com destaque para as vítimas de queimaduras. Por fim, evidencia-se o uso da música como recurso terapêutico não farmacológico na assistência de enfermagem para o alívio da dor.

3.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE QUEIMADURAS

As queimaduras são feridas traumáticas da pele e seus anexos causadas, principalmente, pela transferência de calor, radiação, eletricidade, fricção ou contato com substâncias químicas e alguns materiais biológicos (WHO, 2014b). O trauma por queimaduras pode ter repercussões sistêmicas na fisiologia do organismo, ou seja, não são lesões restritas à pele e podem estar associadas a alterações metabólicas, hemodinâmicas (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2016; SMELTZER; BARE, 2011), psicológicas e funcionais (CABULON et al., 2015; CASTRO et al. 2013), uma vez que influencia direta ou indiretamente na sobrevivência das vítimas (NAEMT, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de mortalidade global por queimaduras decresceu nos últimos anos – de mais de 300 mil óbitos em 2008 (WHO, 2008) para 265 mil em 2014 (WHO, 2014a), mas ainda permanece elevada. Destaca-se a situação dos países em desenvolvimento, onde ocorrem 95% dos casos de queimaduras por fogo do mundo e a taxa de mortalidade alcança níveis inaceitáveis para a referida organização. Isso acontece porque várias políticas públicas de prevenção e tratamento das queimaduras já utilizadas em países desenvolvidos ainda precisam ser largamente adotadas naqueles em desenvolvimento (WHO, 2008).

As vítimas que sobrevivem às queimaduras, com frequência, têm de lidar com sequelas, deficiências e desfigurações, o que tem impacto social e econômico para indivíduo, família e Estado. Calcula-se que os custos gerais com queimaduras, diretos e indiretos, sejam bastante elevados. Isso se deve à alta proporção de profissionais por paciente, internações prolongadas, procedimentos repetidos, equipamentos caros e alto risco de complicações (COONER-BALLARD, 2009; SANCHEZ et al., 2008). Esses custos aumentam quanto maior for a idade da vítima, a superfície corporal queimada, a severidade da lesão e o tempo de internação, o qual pode sofrer influência dos demais critérios citados e de outros fatores, tais

como infecção nosocomial e resistência antimicrobiana, cuidados adicionais em saúde e protocolos institucionais (HAIKONEN; LILLSUNDE; VUOLA, 2014; SANCHEZ et al., 2008).

Além dos cuidados diretos, as incapacidades – temporárias e permanentes – também aumentam consideravelmente os custos relacionados a queimaduras, uma vez que interferem no tempo para o retorno ao trabalho e na taxa de morbimortalidade (SANCHEZ et al., 2008). Estima-se que, em um ano, mundialmente, 10 milhões de dias de vida sejam perdidos em decorrências das incapacidades deixadas por esse tipo de trauma (WHO, 2008).

As queimaduras acometem, principalmente, crianças e pessoas em idade economicamente ativa, assim como o gênero masculino (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012) e as populações com baixa renda e escolaridade (ALBORNOZ et al., 2013; BRASIL, 2013; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; QUEIROZ; LIMA; ALCÂNTARA, 2013; WHO, 2008). O domicílio é o principal sítio de ocorrência de acidentes por queimaduras (ALBORNOZ et al., 2013; BRASIL, 2013; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012), os quais acontecem, em sua maioria, nos turnos tarde e noite e não há associação com os dias da semana (GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

Na faixa etária adulta, os principais agentes etiológicos são os líquidos inflamáveis – sobretudo, o álcool (CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012; DIAS et al., 2015; GUIMARÃES; MARTINS; GUIMARÃES, 2013) –, chama direta e substâncias quentes (GAWRYSZEWSKI et al., 2012). Em Sergipe, predominam as queimaduras térmicas (chama direta, líquidos e objetos quentes) – 65,9% –, seguidas pelos agentes elétricos – 16,5% (FREITAS et al., 2015). Destaca-se que o fogo e a eletricidade estão associados a elevada taxa de letalidade por queimaduras (ALBORNOZ et al., 2013).

As queimaduras de primeiro e segundo grau predominam entre todos os agentes etiológicos, independente da faixa etária das vítimas. Com frequência, associam-se a um menor tempo de internação hospitalar e letalidade. Por outro lado, as queimaduras de terceiro grau são menos frequentes e podem determinar maior estadia hospitalar e ocorrência de óbitos (DIAS et al., 2015). No entanto, é possível que, pela elevada mortalidade das lesões de terceiro grau, o tempo de permanência hospitalar seja reduzido (HAIKONEN; LILLSUNDE; VUOLA, 2014; NASCIMENTO; BARRETO; COSTA, 2013).

Sobre a extensão das lesões, majoritariamente, os pacientes são classificados em pequeno e médio queimado, segundo a classificação da *American Burn Association* (DIAS et al., 2015; SANCHEZ et al., 2008; SINGER et al., 2015). Os segmentos corporais mais atingidos são os membros superiores (COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; SINGER et al.,

2015), membros inferiores, tronco e face/cabeça/pescoço, nessa ordem (SINGER et al., 2015). As lesões teciduais mais extensas relacionam-se a internações mais prolongadas (HAIKONEN; LILLSUNDE; VUOLA, 2014) e incremento à taxa de mortalidade (FREITAS et al., 2015; NASCIMENTO; BARRETO; COSTA, 2013). Considera-se o percentual de superfície corporal queimada de 43% como a dose letal 50, com a qual 50% dos pacientes evoluem ao óbito (ALBORNOZ et al., 2013).

A qualidade do primeiro atendimento prestado às vítimas de queimadura interfere no prognóstico final e, por conseguinte, na morbimortalidade por esse tipo de trauma (ROWLEY-CONWY, 2013). Na mesma perspectiva dos demais traumas, a avaliação primária das vítimas de queimaduras segue a método ABCDE, o qual objetiva avaliar e tratar sistematicamente as alterações potencialmente fatais em ordem de importância para salvar a vida: A – *Airway and cervical spine control* (atendimento das vias aéreas e controle da coluna cervical); B – *Breathing* (respiração e ventilação); C – *Circulation* (controle de hemorragia e perfusão); D – *Disability* (avaliação neurológica e de incapacidades); E – *Exposure*. (exposição e ambiente) (NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY – 2013). Acrescenta-se o F – *Fluid resuscitation* especificamente para os casos de queimaduras (ROWLEY-CONWY, 2013).

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas é prioridade no atendimento às vítimas de queimaduras, principalmente, nas situações em que são acometidas a face/cabeça/boca e/ou há inalação de fumaça. Deve-se atentar para os sinais de comprometimento da permeabilidade das vias aéreas: desconforto respiratório, rouquidão, escarro carbonáceo, tosse, estridor inspiratório e vibrissas chamuscadas. Nesses casos, há indicação de controle artificial das vias aéreas (NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY, 2013).

As queimaduras circunferenciais do tórax reduzem ou impedem a expansividade torácica, o que compromete a qualidade da ventilação/inspiração e exige a realização de escarotomia imediata da parede torácica. Além disso, a inalação de fumaça pode provocar hipóxia ou asfixia celular, mesmo na presença de concentração adequada de oxigênio no sangue. É essencial a reavaliação contínua das vias aéreas e a determinação da necessidade de intubação precoce (NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY, 2013).

O controle da circulação compreende a medida da pressão arterial, punção de acesso venoso e avaliação das queimaduras circunferenciais. A aferição da pressão arterial pode ser difícil em vítimas de queimaduras devido ao edema e às características das lesões. Por isso, deve-se manter os membros afetados elevados. A obtenção de acesso venoso calibroso é essencial, uma vez que possibilita a reanimação volêmica a fim de evitar a ocorrência de

hipovolemia (NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY, 2013). As queimaduras circunferenciais de membros obstruem o fluxo sanguíneo nas extremidades corporais e demandam o procedimento de fasciotomia para prevenir a síndrome compartimental, com consequente, necrose de membro (BOLGIANI; SERRA, 2010; NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY, 2013).

Recomenda-se que a reposição volêmica se dê, principalmente, com soluções cristaloides em uma relação diretamente proporcional à superfície corporal queimada (SCQ) determinada pela fórmula de Parkland: Volume total em mililitros para 24h = 4ml x Peso aproximado da vítima (kg) x Estimativa da SCQ (%), a metade do qual deve ser administrada nas primeiras oito horas e a outra metade, nas próximas dezesseis horas. A SCQ é calcula mais comumente pela Regra dos Nove, a qual considera que os segmentos corporais correspondem a 9% da superfície corporal total (BAREA; PRESTES, 2015; NAEMT, 2016; ROWLEY-CONWY, 2013; WILLIAMS, 2009).

Deve-se, ainda, avaliar às vítimas de queimaduras quanto aos déficits neurológicos, sensitivos e motores, além de investigar fraturas e hipotermia e remover roupas e adornos. Ademais, destaca-se a importância de controlar a dor (HARGREAVES; DANTAS, 2016; ROSSI et al., 2010). Uma medida recomendada é o resfriamento da lesão com água em temperatura ambiente associada à oclusão das feridas com cobertura estéril, seca e não aderente (BOURKE; BISON, 2015; NAEMT, 2016). Apesar de os cuidados com as lesões no primeiro atendimento serem mínimos (ROWLEY-CONWY, 2013), são extremamente importantes na recuperação/reabilitação das vítimas e na prevenção de complicações (BOURKE; BISON, 2015; ROSSI et al., 2010).

No que se refere ao internamento, é essencial a limpeza do leito da ferida com água corrente ou solução fisiológica entre 36°C e 39°C. Com frequência, o desbridamento dos tecidos desvitalizados é necessário para acelerar o processo de cicatrização das lesões. Para isso, estão disponíveis vários tipos de coberturas e a indicação de cada uma depende do aspecto do leito da ferida, presença de infecção, disponibilidade, custo (ROSSI et al., 2010), profundidade, localização e extensão da lesão e agente etiológico. Devem ser consideradas também as propriedades da cobertura e os objetivos da terapia (WILLIAMS, 2009)

Para que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência segura e de qualidade é importante conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por queimaduras (COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; WILLIAMS, 2009), assim como a fisiopatologia, os principais tratamentos e as complicações mais comuns desse tipo de trauma (LIMA et al., 2013; WILLIAMS, 2009).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE QUEIMADURA COM DOR

3.2.1 Considerações sobre dor e enfermagem

A dor é uma das principais causas mundiais de sofrimento e incapacidade devido a suas implicações físicas, psicológicas, sociais e na qualidade de vida das pessoas (LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010). Além disso, eleva os custos relacionados à assistência saúde (GOREN et al., 2012). À semelhança das queimaduras, os países em desenvolvimento ganham destaque nesse cenário, uma vez que a dor é o motivo que mais leva os pacientes a buscar cuidados de saúde nesses países (KOPF; PATEL, 2010).

Múltiplos fatores estão associados ao surgimento e à manutenção do fenômeno doloroso (BOTTEGA; FONTANA, 2010; NASCIMENTO; KRELING, 2011), incluindo as experiências anteriores pelas quais passou o indivíduo e as emoções do momento (MERSKEY; BOGDUK, 1994). Acrescenta-se que aspectos cognitivo-comportamentais, socioculturais, de personalidade, dentre outros, também influenciam a percepção dor (ALMEIDA et al., 2010). Por isso, é considerada uma experiência subjetiva, individual e multidimensional (BOTTEGA; FONTANA, 2010; KOPF; PATEL, 2010; NASCIMENTO; KRELING, 2011).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (MERSKEY; BOGDUK, 1994, p. 209-214). Essa definição, apesar de sucinta, não abrange somente os componentes físicos e químicos envolvidos na dor, mas enaltece também os aspectos subjetivos e psicológicos como importantes na compreensão da queixa dolorosa (ALMEIDA et al., 2010; CABALLERO et al., 2015). Nesse sentido, diz-se que a dor é composta por três dimensões: sensitiva, afetiva e cognitiva (FORTUNATO et al., 2013; SILVA et al., 2015; SOUSA et al., 2010).

Devido à relevância da dor na prática clínica, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor (APS) descrevem-na como o quinto sinal vital e preconizam avaliação e registro rigorosos e rotineiros (NASCIMENTO; KRELING, 2011; SILVA; RIBEIRO, 2011). No entanto, diferentemente dos demais sinais vitais, a dor é subjetiva e não pode ser avaliada por instrumentos físicos (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Para avaliação da dor, utilizam-se escalas uni ou multidimensionais padronizadas, as quais auxiliam na percepção da dor como quinto sinal vital (BOTTEGA; FONTANA, 2010). Os instrumentos unidimensionais quantificam apenas a intensidade da dor em detrimento das

demais dimensões. Apesar disso, pela praticidade e facilidade de aplicação, são os mais utilizados no ambiente clínico (MORETE; MINSON, 2010). As escalas multidimensionais avaliam as três dimensões da dor e podem incluir outros indicadores tais como parâmetros fisiológicos e comportamentais (MELO et al., 2014), porém têm limitações de aplicabilidade no cenário da assistência hospitalar (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

Além das referidas escalas, a avaliação da dor envolve informações relacionadas ao seu início, duração, localização, intensidade, frequência, fatores desencadeantes, atenuantes e agravantes (BARBOSA; BECCARIA; PEREIRA, 2011; MORETE; MINSON, 2010), sintomas associados, distúrbios funcionais, tratamento instituído e resposta terapêutica (MORETE; MINSON, 2010) na perspectiva das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do paciente. Ressalta-se que a dor quando mal avaliada pode implicar manejo inadequado e prejuízo na qualidade de vida do cliente. No entanto, quando bem avaliada, permite determinar qual o melhor e mais seguro tratamento, além de oferecer cuidado humanizado (SOUSA et al., 2010).

O alívio da dor é um direito humano universal (CABALLERO et al., 2015; LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010). Apesar de a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) não explicitar a obrigatoriedade dos países signatários em promover o alívio da dor, a expressão “saúde e bem-estar” implica o direito ao correto tratamento do fenômeno doloroso. Na mesma perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) também considera o alívio da dor um direito fundamental e afirma incorrer em falta de ética profissional aquele que impedir o seu acesso. Por fim, acrescenta-se que o não alívio da dor fere os quatro princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (CABALLERO et al., 2015).

Essa preocupação com o manejo adequado da dor decorre do fato de ela ser causa frequente de sofrimento e incapacidade, independente do problema de saúde precipitante. No entanto, apesar da existência de fármacos de baixo custo e eficazes para o seu alívio, a dor ainda é subtratada e milhões de pessoas padecem desse mal. Barreiras culturais, educativas, políticas e econômicas são possíveis razões para tal. Destaca-se que a falta de conhecimentos dos profissionais quanto às medidas de controle da dor é um fator preocupante (CABALLERO et al., 2015; LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010; NOGUEIRA et al., 2012; RAJAGOPAL, 2010), assim como a não adoção de políticas de tratamento da dor e cuidados paliativos (LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010).

Nesse sentido, dentre os critérios estabelecidos pela OMS, no que se refere a um bom controle da dor, se inclui a formação adequada dos profissionais da saúde e a disponibilidade

de medicamentos para o tratamento da dor com sistema de distribuição eficiente (WHO, 1996). No entanto, os medicamentos utilizados com esse propósito são não equitativamente distribuídos. Apesar de os países em desenvolvimento abrigarem a maior parte dos casos de câncer e de HIV/AIDS do mundo, são responsáveis pelo consumo de apenas 6% de toda morfina produzida mundialmente. Ou seja, assim como acontece com a prevalência das queimaduras e da dor, os países de baixa e média renda também ganham destaque na prevalência do tratamento inadequado do fenômeno doloroso (LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010).

Portanto, a tríade para o bom tratamento da dor consiste na educação dos profissionais, disponibilidade de medicamentos e política governamental que enfatize a necessidade do seu alívio (RAJAGOPAL, 2010). Para uma atuação eficaz no campo da dor, há que se entendê-la como uma interação dinâmica e recíproca entre variáveis biológicas, psicológicas e socioculturais que modulam a resposta da pessoa (ALMEIDA et al., 2010). Por isso, além de medicamentos analgésicos e adjuvantes, as terapias não farmacológicas são muito bem-vindas (CASSILETH; GUBILI, 2010).

Para direcionar a terapia farmacológica da dor, a OMS, em 1986, desenvolveu a escada analgésica que orienta o uso hierárquico de analgésicos de acordo com a intensidade da dor sentida: para dores leves, preconiza-se a utilização de analgésicos simples (dipirona e paracetamol); já as dores moderadas exigem o uso desses fármacos associados aos opioides fracos (codeína e tramadol); enquanto que para dores intensas, a prescrição de opioides fortes (morfina e metadona) é absolutamente necessária. Os tratamentos adjuvantes, tais como bloqueios anestésicos, terapia hormonal e apoio psicossocial podem estar presentes em todos os degraus da escada. (CASSILETH; GUBILI, 2010; LOHMAN; SCHLEIFER; AMON, 2010; WHO, 1996). A OMS recomenda ainda que a administração dos fármacos seja, preferencialmente, por via oral, a intervalos regulares, de maneira individualizada e de forma a prevenir efeitos adversos (HENNEMANN-KRAUSE, 2012; WHO, 1996).

A seleção do analgésico deve levar em consideração o tempo e o pico de ação, a meia-vida da droga, o tipo de analgésico mais eficaz para cada tipo dor, as comorbidades, os riscos e benefícios, a tolerabilidade e a possibilidade de interação com outros fármacos. Já a prescrição deve respeitar o intervalo e dose terapêutica, a resposta prévia do paciente à medicação e o controle dos efeitos colaterais (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

No entanto, embora a terapia farmacológica seja eficaz, devido à multidimensionalidade do fenômeno doloroso, o seu uso isolado muitas vezes não atende às demandas do indivíduo. Nesse sentido, as medidas não farmacológicas desempenham função

importante, além de serem de baixo custo e possuírem menos efeitos secundários. As terapias complementares atuam sobre o fenômeno doloroso por meio de ação analgésica direta, anti-inflamatória ou distração, dessa forma alteram a percepção da dor e melhoram a qualidade de vida. Ademais, com o auxílio dessas terapias, é possível reduzir as doses dos fármacos e, por conseguinte, os efeitos adversos e os custos (CASSILETH; GUBILI, 2010).

Pela proximidade com que desempenha suas atividades em relação ao paciente, a equipe de enfermagem tem várias oportunidades de identificar, avaliar e notificar a dor durante o turno de trabalho e tem sido apontada como a principal avaliadora e responsável pelo manejo da dor (ANDRADRE; NEVES, 2013; SILVA; RIBEIRO, 2011). A partir dessa avaliação, o enfermeiro programa a terapêutica farmacológica prescrita pelo médico, prescreve medidas não farmacológicas e reavalia a resposta ao tratamento instituído. Com o cuidado holístico e sistemático da enfermagem associado ao saber dos demais membros da equipe multidisciplinar é possível promover o controle do fenômeno doloroso e oferecer uma assistência à saúde mais humanizada (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Porém, nota-se que, apesar de os profissionais de enfermagem compreenderem o significado da dor corretamente e considerarem importante a implementação da rotina de avaliação da dor como quinto sinal vital, ainda há falhas na realização dessa atividade (NASCIMENTO; KRELING, 2011; NOGUEIRA et al., 2012; SAÇA et al. 2010). Uma parcela considerável de profissionais refere avaliar a dor apenas *às vezes* e/ou não considerar verdadeira a dor relatada (SAÇA et al. 2010), o que fere o primeiro passo de uma avaliação adequada: acreditar no relato verbal da dor (NOGUEIRA et al., 2012).

Apesar de se saber que o uso de instrumentos padronizados de avaliação da dor facilita a tomada de decisão do enfermeiro no tocante a oferecer um cuidado voltado às necessidades do paciente (BOTTEGA; FONTANA, 2010), em muitos casos, a avaliação do fenômeno doloroso ainda não se dá por meio da utilização desses instrumentos nem de maneira sistematizada (NOGUEIRA et al., 2012). Geralmente, a dor é avaliada de maneira informal, por meio da linguagem verbal e não-verbal, o que constitui uma maneira eficaz de avaliação (NOGUEIRA et al., 2012), mas não permite a construção de parâmetros da eficácia terapêutica nem a execução de cuidados específicos e padronizados (BOTTEGA; FONTANA, 2010). As principais justificativas para essa atuação são a falta de protocolos institucionais (NOGUEIRA et al., 2012), a dificuldade de compreensão dos pacientes em relação às escalas (NASCIMENTO; KRELING, 2011) e a falta de conhecimento dos profissionais (SILVA; RIBEIRO, 2011).

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro é capaz de identificar as necessidades de saúde relativas ao conforto e bem-estar e definir diagnósticos de enfermagem orientados pela teoria de enfermagem com a qual tenha maior familiaridade e que melhor se aplique ao contexto em questão (ANDRADE; NEVES, 2013; BARROS, 2009; BRASIL, 2009).

Independente do referencial teórico utilizado, a dor surge como diagnóstico de enfermagem para o qual se deve elaborar plano terapêutico eficiente e prescrever intervenções de manejo a partir dos resultados esperados (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2015). Dessa maneira, respeita-se o instrumento metodológico do cuidar em enfermagem: o Processo de Enfermagem (NOGUEIRA et al., 2012), o qual é composto por cinco etapas fundamentais e interligadas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (BRASIL, 2009).

Para definição dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados esperados utiliza-se taxonomia internacionalmente padronizada, a exemplo daquelas estabelecidas pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (BARROS, 2009).

Ademais, o enfermeiro deve assumir papel de líder na identificação e avaliação da dor, e na implementação, coordenação e avaliação da eficácia do seu manejo, além de educar equipe, doentes e familiares quanto a importância do relato da dor, do direito do alívio e dos recursos disponíveis para avaliação e tratamento (CARVALHO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

3.2.2 Considerações sobre dor na queimadura

As queimaduras são uma das lesões mais dolorosas sofridas pelo ser humano (CONNOR-BALLARD, 2009a; SOUZA, 2011). Independentemente da causa, tamanho e profundidade da lesão, pode-se afirmar que todas as vítimas de queimaduras experimentam dor – em maior ou menor intensidade. As queimaduras de espessura parcial são extremamente dolorosa. Nelas, a epiderme e a derme são danificadas e as terminações nervosas periféricas tornam-se expostas. Por outro lado, acreditava-se que houvesse destruição total das terminações nervosas nas lesões profundas, por isso, seriam indolores. No entanto, sabe-se, hoje, que essas feridas podem preservar neurônios funcionantes. Ademais, estão sempre rodeadas por queimaduras de espessura parcial e a dor pode advir das bordas da lesão. Dessa

forma, atualmente, admite-se que as queimaduras de terceiro grau também podem ser dolorosas (CONNOR-BALLARD, 2009a).

A experiência da dor na queimadura surge pela própria lesão tecidual, mas também decorre do processo inflamatório desencadeado minutos após a agressão tissular. Os mediadores inflamatórios (histamina, bradicininas, prostaglandinas e outros) excitam ainda mais as terminações nervosas expostas, o que estimula a transmissão do impulso nervoso de dor. Além disso, os nociceptores permanecem sensibilizados por vários dias e estímulos mecânicos e térmicos continuam a deflagrar impulso doloroso (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; CONNOR-BALLARD, 2009a; RICHARDSON; MUSTARD, 2009). À medida que a resposta inflamatória diminui, a qualidade da dor muda e há possibilidade de cronificação (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Existem quatro padrões de dor na queimadura: 1. dor constante, presente no repouso e nos movimentos (*background pain*); 2. dor agravada por episódios de maior intensidade e inesperados (*breakthrough pain*); 3. dor durante os procedimentos; e 4. dor presente no período pós-operatório (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; RICHARDSON; MUSTARD, 2009; YUXIANG et al., 2012) os quais podem variar com o tratamento. Adicionalmente, devido a subjetividade e multidimensionalidade da dor, nas queimaduras, o estado de humor, estratégias de enfrentamento, tipo e pressão do curativo, presença de infecção, movimento, feridas de áreas doadoras, dentre outros fatores específicos, podem influenciar a percepção do fenômeno doloroso (RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Diferente de outros traumas, em que a dor diminui ao longo do tempo, as intervenções necessárias no tratamento das lesões por queimaduras intensificam a sensação dolorosa (CONNOR-BALLARD, 2009a; MENDOZA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2009; YUXIANG et al., 2012). Nesse sentido, os cuidados às feridas representam fonte importante de dor e são considerados o momento mais doloroso do tratamento (CONNOR-BALLARD, 2009a; IURK et al., 2010; MENDOZA et al., 2016; ROSSI et al., 2000; SILVA et al., 2015; YUXIANG et al., 2012). Os pacientes chegam a compará-la àquela do momento da queimadura (IURK, 2010; SILVA et al., 2015; YUXIANG et al., 2012) e qualificá-la como ardência (SILVA et al., 2015; YUXIANG et al., 2012), fina e intensa (MENDOZA et al., 2016), às vezes, acompanhada de prurido e que pode persistir por horas após o procedimento (SILVA et al., 2015).

O sofrimento associado às queimaduras podem gerar efeitos adversos nos pacientes (CONNOR-BALLARD, 2009a), isto é, piorar o estado geral de saúde, assim como a qualidade de vida dessas vítimas nos aspectos físico, emocional, social, mental, funcional e de vitalidade (SOUZA, 2011). Pode-se afirmar que a dor sentida repercute negativa e

diretamente no estado de humor, sono, apetite, nível de ansiedade, adesão ao tratamento (YUXIANG et al., 2012) e tempo de internação (RUFINO et al., 2012). Apesar disso, com frequência a dor não é avaliada de forma rotineira pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, é subtratada (YUXIANG et al., 2012).

Os avanços científicos dos últimos anos – novos analgésicos, sedativos e terapias tópicas de feridas – aumentaram a sobrevivência das vítimas de queimaduras (CONNOR-BALLARD, 2009a), mas a dor ainda é uma queixa frequente nesses pacientes (MAHAR et al., 2012; SOUZA, 2011). Ou seja, o controle do fenômeno doloroso continua inadequado nessa população (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; MENDOZA et al., 2016; PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA, 2015; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

A má gestão da dor diminui a adesão à terapêutica e a confiança na equipe de saúde, assim como aumenta a percepção da experiência dolorosa, além de, futuramente, elevar a incidência de dor crônica (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; GAMST-JENSEN et al., 2014; MENDOZA et al., 2016; RICHARDSON; MUSTARD, 2009), depressão e ideação suicida (MAHAR et al., 2012; RICHARDSON; MUSTARD, 2009). A ansiedade também é bastante frequente nas vítimas de queimaduras, está fortemente associada à presença de dor (GAMST-JENSEN et al., 2014) e, da mesma forma, precisa ser adequadamente tratada (MENDOZA et al., 2016).

As vítimas de queimaduras podem apresentar lesões cutâneas de todos os graus de profundidade simultaneamente, o que torna a avaliação da dor difícil e aumenta o risco de tratamento inadequado (GAMST-JENSEN et al., 2014; SUMMER et al., 2007). Isso se agrava quando não há utilização de instrumentos validados de avaliação da dor de forma rotineira e quando se negligencia o estado psicológico dos pacientes (MENDOZA et al., 2016). O distanciamento da equipe de saúde em relação à dor das vítimas de queimaduras ocorre como estratégia de enfrentamento ao estresse de conviver diariamente com a dor do outro, mas acaba por contribuir com a má gestão do fenômeno doloroso (RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Por isso a necessidade de elaboração de um plano terapêutico que promova o manejo adequado dos diversos padrões de dor da queimadura. O primeiro passo, nesse sentido, é a avaliação sistemática, regular e documentada do fenômeno doloroso, pelo menos duas vezes ao dia, quando a dor está controlada, e a cada duas horas na fase inicial da queimadura (RICHARDSON; MUSTARD, 2009). O uso de escalas de mensuração da dor promove empatia e permite a identificação de tendências e eficácia terapêutica, o que possibilita ajustes

no tratamento. Escalas padronizadas utilizadas para outros tipos de dores também se aplicam à avaliação da dor nas queimaduras (MAHAR et al., 2012; RICHARDSON; MUSTARD, 2009). Nesses casos, assim como em outras situações clínicas, as escalas unidimensionais são as mais utilizadas, a despeito da complexidade envolvida nesse tipo de dor, com destaque para a escala numérica (MAHAR et al., 2012).

A abordagem multidisciplinar é fundamental no tratamento da dor nas queimaduras (MAHAR et al., 2012; MENDOZA et al., 2016; PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA, 2015). Apesar de a terapia farmacológica ser considerada a mais efetiva, sua associação com terapias complementares otimiza a terapêutica (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA, 2015; RICHARDSON; MUSTARD, 2009; SILVA et al., 2015).

Os opioides têm demonstrado importante papel no controle da dor por queimadura, apesar dos efeitos colaterais relevantes – náuseas, vômitos, constipação, depressão respiratória –, uma vez que já são bem conhecidos e de fácil controle. Em decorrência do risco de tolerância, adição e hiperalgesia induzida por opioides, recomenda-se a sua utilização em doses reduzidas associadas a analgésicos não opioides, tais como anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e analgésicos simples (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; RICHARDSON; MUSTARD, 2009), o que representa a terapia multimodal (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; GAMST-JENSEN et al., 2014; MAHAR et al., 2012; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Os diferentes padrões de dor manifestados na queimadura – *background pain*, *breakthrough pain*, dor durante os procedimentos e presente no período pós-operatório – devem ser tratados de maneiras distintas. Para os dois primeiros padrões, o objetivo é ter um plano terapêutico basal de controle da dor com opioides de liberação lenta (metadona) e opta-se por aqueles de ação rápida nos casos de agudização (RICHARDSON; MUSTARD, 2009; SUMMER et al., 2007), ou reduzir o intervalo entre as doses dos opioides de manutenção (SUMMER et al., 2007).

Na dor relacionada a procedimentos, utilizam-se opioides potentes de ação curta em doses de acordo com as respostas do paciente (GAMST-JENSEN et al., 2014; RICHARDSON; MUSTARD, 2009; SUMMER et al., 2007) como destaque para o fentanil nas trocas de curativos (MENDOZA et al., 2016). Pelos benefícios particulares, morfina, oxicodona, fentanil, remifentanil, alfentanil e metadona sobressaem-se no controle da dor por queimaduras (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

A terapia analgésica para vítimas de queimaduras também varia de acordo com a intensidade da dor, desde os analgésicos simples isolados, por via oral, para dores leves até os opioides por via endovenosa ou com administração controlada por paciente para as dores intensas (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; GAMST-JENSEN et al., 2014; MENDOZA et al., 2016). Benzodiazepínicos e hipnóticos podem ser adjuvantes no tratamento da dor por queimadura (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; GAMST-JENSEN et al., 2014), assim como anestésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antagonistas dos receptores NMDA e agonistas *alfa-2*. Esses fármacos podem atuar de várias formas sobre o mecanismo da dor: ativação das vias descendentes inibitórias da dor na medula espinhal, diminuição da sensibilização central à dor, sedação, redução da ansiedade associada à dor, dentre outros (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013).

Acrescenta-se que nas primeiras 48h após a queimadura, ocorre perturbação da fisiologia do organismo humano de tal modo a alterar a farmacocinética das drogas administradas, o que interfere na sua eficácia. Essa alteração depende da magnitude do acometimento sistêmico, por isso, as doses terapêuticas variam amplamente entre indivíduos e ao longo do tempo (GAMST-JENSEN et al., 2014; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Como mencionado anteriormente, a dor é composta por três dimensões: sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa (SILVA et al., 2015; SOUSA et al., 2010). A terapia farmacológica atua apenas sobre a primeira dimensão citada, a qual está envolvida somente com os mecanismos nociceptivos fisiológicos. Por isso, a terapia farmacológica isolada é insuficiente no controle do fenômeno doloroso (SILVA et al., 2015).

Em contrapartida, as terapias complementares voltam-se para as três dimensões, de forma a integralizar a terapêutica de tratamento da dor (SILVA et al., 2015). O uso dessas terapias pode associar-se à redução das doses dos fármacos e do tempo de internação hospitalar, com consequente atenuação dos efeitos colaterais e custos organizacionais, além de melhorar a qualidade de vida do paciente (PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA; 2015; SILVA et al., 2015). Por essas razões, a utilização das terapias complementares como adjuvantes no tratamento da dor já é recomendada em alguns *guidelines* de Centros de Queimados americanos e europeus (GAMST-JENSEN et al., 2014).

As terapias não-farmacológicas podem atuar de diversas maneiras no organismo, seja pela distração, relaxamento, estimulação nervosa central e/ou periférica dentre outros mecanismos. Algumas delas, estão associadas à redução da ansiedade (CASSILETH; GUBILI, 2010; PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA;

2015). São exemplo de terapias alternativas no controle da dor em vítimas de queimaduras: Neuroestimulação Elétrica Transcutânea – TENS – (CONNOR-BALLARD, 2009b; PÉREZ-RUVALCABA; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ; MERCADO-SESMA; 2015), Terapia da Realidade Virtual (CONNOR-BALLARD, 2009b; HOFFMAN et al., 2011; SILVA, 2015), toque terapêutico, imagem guiada e musicoterapia (CONNOR-BALLARD, 2009b).

A elevação do membro afetado, a utilização de talas e roupas de pressão adequadamente equipadas, o controle do paciente e/ou a participação de um familiar durante a execução do procedimento doloroso também são consideradas medida terapêuticas não-farmacológicas efetivas no controle da dor em vítimas de queimaduras (CONNOR-BALLARD, 2009b).

3.2.3 Assistência de enfermagem no manejo da dor na queimadura

A dor das queimaduras causa grande sofrimento e reduz a qualidade de vida dos pacientes (SILVA; RIBEIRO, 2011), mas também afeta, sobremaneira, o estado físico, mental e emocional de quem cuida (GÓMEZ-TORRES et al., 2014; GREGOLETTI et al., 2008; ROSSI et al., 2000). Ao mesmo tempo em que, para os pacientes, essa dor é terrível e inexplicável, para a equipe de enfermagem, cuidar das feridas é uma missão e tem que ser cumprida mesmo diante do sofrimento do outro, o que é extremamente estressante. Para ambos, pacientes e equipe, a terapia farmacológica parece não resolver o problema, o que torna ainda mais difícil o lidar com a dor (BARBOSA; SILVA JÚNIOR; LIMA, 2015; COSTA; SILVA; SANTOS, 2015; GREGOLETTI et al., 2008; ROSSI et al., 2000). Alinhado a isso, reconhece-se a necessidade de buscar alternativas para enfrentar a problemática (ROSSI et al., 2000).

Pelas características do seu processo de trabalho, a equipe de enfermagem permanece mais tempo próximo ao paciente. Isso lhe confere a possibilidade de melhor avaliar os padrões de dor na queimadura e aplicar técnicas de alívio, farmacológicas ou não, de acordo com a necessidade vigente. Ressalta-se que a relação terapêutica enfermeiro/paciente positiva é essencial no cuidado a esses doentes, uma vez que favorece à comunicação, a qual *per si* pode aliviar a dor, e transparece sensibilidade, além de melhorar a adesão terapêutica e influenciar as respostas ao tratamento algico (GÓMEZ-TORRES et al., 2014; SILVA; RIBEIRO, 2011).

Por esses motivos, a equipe de enfermagem exerce papel fundamental no gerenciamento da dor em vítimas de queimaduras (GÓMEZ-TORRES et al., 2014; SILVA; RIBEIRO, 2011). No entanto, é comum encontrar comportamentos divergentes na equipe de

enfermagem frente à dor nessa população, tais como o afastamento e a não confiança no relato do paciente (OLIVEIRA et al., 2009; RICHARDSON; MUSTARD, 2009).

Para que a equipe de enfermagem possa desenvolver suas atividades com excelência na área é preciso investimento técnico-científico e sensibilização (CONNOR-BALLARD, 2009a; SILVA; RIBEIRO, 2011). A compreensão mais profunda dos diversos aspectos do tratamento das queimaduras, inclusive o manejo da dor, pode ajudar os enfermeiros a desenvolver competências e habilidades no que se refere ao controle eficaz da dor, tanto por meio de medidas farmacológicas como não farmacológicas (CONNOR-BALLARD, 2009a).

No contexto das queimaduras, é possível perceber que a equipe de enfermagem compreende bem o conceito de dor como sensação desagradável, fonte de desconforto físico e mental e costuma abordá-la em relação à localização, tipo e intensidade, por meio do relato verbal e/ou observação comportamental. A administração de analgésicos, escuta sensível das queixas e medidas paliativas de conforto são geralmente utilizadas pela equipe de enfermagem para promover o alívio da dor das vítimas de queimaduras (NOGUEIRA et al., 2012).

No entanto, destaca-se a influência da cultura pessoal e da experiência profissional no desenvolvimento dessas atividades. Assim, pode-se afirmar que o manejo da dor nessa população não é realizado de maneira sistemática, contínua e regular, conforme recomendações da Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e da Sociedade Americana de Dor. A falta de protocolos institucionais que implementem a utilização das escalas, a experiência profissional e a limitação na academia são fatores importantes contribuintes na deficiência da abordagem à vítima de queimaduras com dor (NOGUEIRA et al., 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem (PE) representa uma estratégia de organização da assistência ao paciente (CARPENITO-MOYET, 2011), por meio de métodos e instrumentos de trabalho específicos. O PE, portanto, refere-se ao instrumento metodológico profissional da enfermagem, que orienta a operacionalização do cuidado ao paciente e sua devida documentação (BRASIL, 2009), de modo a assegurar um atendimento individual, contínuo, integral e humanizado (CARPENITO-MOYET, 2011).

A consulta de enfermagem à vítima de queimadura é fundamental para o desenvolvimento do PE, pois permite ao enfermeiro avaliar o paciente de maneira holística, elencar os problemas encontrados, planejar a assistência e avaliar a eficácia da terapêutica instituída, inclusive com propostas de mudança na conduta multidisciplinar. O objetivo é

oferecer assistência humanizada e restabelecer o bem estar (GOODMAN, 2015; RIBEIRO et al, 2011).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é uma das etapas mais complexas do PE, visto que é a fase em que se realiza julgamento clínico sobre os problemas de saúde prioritários do paciente a partir da análise e síntese dos dados coletados na etapa anterior (BRASIL, 2009). No contexto das queimaduras, “dor aguda” é um dos DE da taxonomia II da NANDA mais comuns (BARBOSA; SILVA JÚNIOR; LIMA, 2015; BARICHELO et al., 2010; FREITAS; MENDES, 2006; LIMA et al., 2013; OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012; SILVA; TACLA; ROSSETTO, 2010; TEIXEIRA; ALMEIDA, 2012). Relaciona-se às lesões físicas e/ou químicas provocadas pela queimadura e é manifestada, principalmente, por relato verbal de dor, evidência observada (face de dor), comportamento expressivo (gemência, choro), distúrbio do sono e mudança no apetite (BARICHELO et al., 2010; FREITAS; MENDES, 2006; MENEGETTI et al., 2005). Destaca-se que a dor também pode aparecer como fator relacionado de outros DE, como distúrbio do padrão de sono e mobilidade física prejudicada (FREITAS; MENDES, 2006; MENEGETTI et al., 2005).

“Ansiedade” também é um DE (BARBOSA; SILVA JÚNIOR; LIMA, 2015; BARICHELO et al., 2010) e está fortemente associado ao DE dor aguda. É capaz de exacerbar a percepção da dor, que, por sua vez, também eleva o nível de ansiedade, de maneira a originar um ciclo-vicioso prejudicial à recuperação do paciente (BARBOSA; SILVA JÚNIOR; LIMA, 2015; CHIENG et al., 2013; MENEGETTI et al., 2005). Além disso, a ansiedade relaciona-se à ameaça de mudança e ao estresse, comuns na hospitalização e nas queimaduras, e é evidenciada por preocupação expressa, inquietação, nervosismo, confusão, náusea, tontura e medo (BARICHELO et al., 2010; MENEGETTI et al., 2005).

As próximas etapas do PE correspondem ao planejamento da assistência de enfermagem e a sua efetiva implementação. A partir dos DE, são planejados os resultados esperados para cada paciente individualmente, em um determinado tempo, associados a prescrições de cuidados de enfermagem (BRASIL, 2009).

Existem várias possibilidades de intervenções para os DE “dor aguda” e “ansiedade” em vítimas de queimaduras. Monitorar indicadores clínicos de dor, administrar analgésico e observar os efeitos esperados, fornecer explicações sobre os procedimentos e promover ambiente confortável são algumas prescrições de cuidados de enfermagem para esses DE (FREITAS; MENDES, 2006), assim como estimular o paciente a falar sobre a dor e as dificuldades vivenciadas, explicar-lhe as possíveis causas, avaliar a necessidade de administrar ansiolíticos e utilizar técnicas de relaxamento (MENEGETTI et al., 2005).

No entanto, na maioria dos registros de enfermagem, observa-se que os cuidados prestados às vítimas de queimaduras com dor dizem respeito apenas à implementação de prescrições médicas (MENEGETTI et al., 2005), o que pode transparecer carência de conhecimento dos enfermeiros no tocante à gestão da dor (RAFATI et al., 2016; SILVA; RIBEIRO, 2011).

O desenvolvimento do processo de enfermagem representa uma assistência individualizada e de qualidade para as vítimas de queimaduras, desde que baseada nas reais necessidades do paciente e em um referencial teórico de maneira a qualificar a informação documentada. No entanto, acrescenta-se que os cuidados à vítima de queimadura exigem também sucessivas aproximações, as quais demonstram sensibilidade por parte dos profissionais (BARBOSA; SILVA JÚNIOR; LIMA, 2015).

Nessa perspectiva, acredita-se que a comunicação, respeito, benevolência, compreensão, atenção, acolhimento e empatia dos profissionais envolvidos no cuidado à vítima de queimadura podem minimizar os agentes estressores e interferir na percepção de boa qualidade de vida e redução do sofrimento desses pacientes, com vistas à rapidez da recuperação (MORAIS et al., 2011; SOUZA, 2011).

3.3 A MÚSICA COMO RECURSO NÃO-FARMACOLÓGICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O ALÍVIO DA DOR

A música faz parte do cotidiano das pessoas de diversas formas e é mais antiga que a própria linguagem (ROCHA; BOGGIO, 2013), mas o seu primeiro uso como estratégia de humanização e cuidado à saúde remonta-se à enfermeira Florence Nightingale, em 1856, na Guerra da Crimeia. Posteriormente, nas I e II Guerras Mundiais, as enfermeiras Isa Maud Ilse e Harryet Seymor também implementaram essa técnica ao cuidar das feridas dos veteranos de guerra. Em ambas as ocasiões, o objetivo foi aliviar a dor física e emocional dos soldados (LEÃO, 2012; TAETS; BARCELLOS, 2010).

A música na área da saúde tem várias aplicabilidades como terapia complementar, desde o nascimento até o óbito (NÓBREGA; SOUSA, 2013; OLIVEIRA et al, 2014; TAETS; BARCELLOS, 2010; ZARATE; DIAZ, 2001), com destaque para o controle do estresse, ansiedade, sofrimento e dor (TAETS; BARCELLOS, 2010). Ainda nesse sentido, pode ser utilizada como estratégia de humanização e facilitadora da comunicação enfermeiro-paciente, inclusive no processo de ensino-aprendizagem (BERGOLD; ALVIM, 2009; FONSECA et al., 2006; LEÃO, 2014; TAETS; BARCELLOS, 2010;), além da integração entre os próprios pacientes e deles com o ambiente (BERGOLD; ALVIM, 2009).

Beneficiam-se também da terapia com música pacientes em estágio terminal de vida, crianças com autismo, gestantes, parturientes, pessoas com doenças ou injúrias neurológicas, psiquiátricas e/ou degenerativas, dentre outros. A música é capaz de estimular o corpo e a mente, elevar a autoestima e promover a interação social (ARAÚJO et al., 2014). Além disso, proporciona sensações de bem-estar, alteração positiva da percepção do tempo, entretenimento, mudança na rotina, recordações positivas e companhia (SILVA et al., 2008).

Por isso, o uso da música ajuda a regular o humor, a agressividade, a depressão e o sono, de modo a transmitir sensação de paz, alegria, tranquilidade, descontração, segurança, calma, alívio da dor, diminuição da tensão e do medo, relaxamento, ambientalização (FONSECA et al., 2006; TABARRO et al., 2010). Ademais, a música tem a capacidade de restabelecer o equilíbrio das dimensões humanas e promover bem-estar, conforto e a qualidade de vida do indivíduo.

Ainda que de uso incipiente pela enfermagem, trata-se de um recurso adicional de alto potencial terapêutico, uma vez que apoia a proposta de cuidado bio-psico-social-espiritual (ARAÚJO; SILVA, 2013; FREITAS et al., 2013; LEÃO, 2014). Atualmente, fazem parte dessa intervenção de enfermagem, dentre outras ações, a identificação do interesse do paciente pela música e suas preferências musicais, além do fornecimento de equipamentos eletrônicos que viabilizem a escuta musical (BULECHEK et al., 2016; TAETS; BARCELLOS, 2010).

Diferentes músicas e técnicas de musicoterapia podem ser utilizadas de acordo com o paciente e o objetivo que se deseja alcançar (SILVA et al., 2008; TAETS; BARCELLOS, 2010; ZARATE; DIAZ, 2001): técnicas passivas (escutar), ativas (cantar, tocar instrumento), combinação de ambas e inativa (silêncio). As técnicas podem ainda ser individuais ou coletivas, mas sempre de modo a respeitar as particularidades dos indivíduos. Cada paciente é único e traz consigo as impressões que a música lhe causou ao longo da vida (NÓBREGA; SOUSA, 2013; ZARATE; DIAZ, 2001).

Ressalta-se que se deve sempre ter em mente que o foco da atenção é o paciente e não a música. Se a música não faz parte do contexto de vida do indivíduo, o seu uso pode se tornar fator estressante e prejudicial. Por isso, a necessidade de praticar o uso consciente e ético da música e respeitar a autonomia do paciente na escolha musical. Dessa forma, viabiliza-se a manifestação da sua identidade musical, a qual está diretamente relacionada à auto-identidade (BERGOLD; ALVIM, 2008).

A utilização da música na assistência de enfermagem promove a humanização do cuidado, uma vez que considera o paciente em sua integralidade e singularidade, permite a

participação ativa do sujeito no processo saúde e doença (FONSECA et al., 2006; SILVA et al., 2008) e conduz a mudança de foco e a distração. Na contramão disso, o silêncio amplia a consciência dos pensamentos negativos, de maneira a potencializar a percepção dolorosa. Por isso, com frequência, os pacientes com dor preferem ouvir música em vez do silêncio, visto sua capacidade de aliviar o estresse e a ansiedade (SILVA et al., 2008).

Apesar de os mecanismos pelos quais a música age no organismo humano ainda não estarem esclarecidos, sabe-se que sua influência ocorre na totalidade do corpo (BERGOLD; ALVIM, 2009) e seus efeitos são notados tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde, o que eleva o nível de satisfação e credibilidade de ambos em relação a essa terapêutica. Além disso, devido ao ambiente humanizado que se forma, a música estabelece novas maneiras de comunicação, expressão e relações interpessoais e fortalece o vínculo de confiança entre o paciente, o profissional e a instituição. Isso reflete positivamente no tratamento e recuperação do paciente, pois sabe-se que os benefícios advindos da música ultrapassam as dimensões físicas do ser (FONSECA et al., 2006) não só em âmbito hospitalar, mas em qualquer nível de atenção à saúde (NÓBREGA; SOUSA, 2013).

Nesse sentido, destaca-se que além dos efeitos da música citados anteriormente, essa terapia também é capaz de interferir na fisiologia do organismo humano de maneira a promover alteração das frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial, metabolismo, relaxamento muscular e redução de estímulos sensoriais, tais como a dor (NÓBREGA; SOUSA, 2013). Interfere na digestão, nutrição, circulação sanguínea, oxigenação, respiração e dinamismo humoral e nervoso, sendo importante também contra a ansiedade (BERGOLD; ALVIM, 2009), que estão diretamente associados à percepção dolorosa (GAMST-JESEN et al., 2014).

A música enquanto intervenção de enfermagem é uma ferramenta bastante importante e pode se tornar rotina no ambiente de trabalho (NÓBREGA; SOUSA, 2013), assim como outras terapias alternativas (GÓMEZ-TORRES et al., 2014). Para isso exige mais aproximação dos profissionais com a prática e condução da terapia (FONSECA et al., 2006), ou seja, é fundamental que os enfermeiros considerem a música como uma possibilidade terapêutica eficaz e tenham conhecimento aprofundado sobre o seu uso (NÓBREGA; SOUSA, 2013).

O enfermeiro pode utilizar a música para diversas finalidades, desde a excitação ao relaxamento, e em vários momentos do tratamento. Cabe-lhe a tomada de decisão, junto ao paciente, sobre o tipo de música, a dinâmica e o momento mais oportuno para a intervenção música. Além disso, o enfermeiro também é responsável pela avaliação dos efeitos da terapia

(ANDRADE; PEDRÃO, 2005). Acrescenta-se que não há um padrão de música a ser sempre utilizado para determinada finalidade, pois, caso o tipo de música considerado padrão provoque irritação ou não seja do agrado do paciente, pode prejudicá-lo (ANDRADE; PEDRÃO, 2005; BERGOLD; ALVIM, 2009).

Na assistência de enfermagem, a música é um valioso instrumento no processo de humanização, além de ser também uma alternativa não farmacológica, criativa, segura e eficaz no alívio da dor (ALLRED; BYERS; SOLE, 2010; COLE; LOBIONDO-WOOD, 2014). Pela sua capacidade de evocar lembranças e emoções, o uso da música permite aos pacientes se remeter a situações de superação que lhes dão sensação de força e os auxiliam no enfrentamento da hospitalização, uma vez que a escuta musical desloca o pensamento das situações negativas para as positivas, isto é, da percepção de doença para a percepção de saúde (BERGOLD; ALVIM, 2009).

Além disso, o ambiente estressor imposto pelas rotinas hospitalares pode ser minorado por meio da música, visto que a socialização entre os pacientes e deles com a enfermagem, o vínculo e a ludicidade estimulados pela terapia tornam o ambiente acolhedor e restaurador da saúde ao atender às necessidades, expectativas e desejos dos clientes (BERGOLD; ALVIM, 2009).

No nível celular, a música parece reduzir a dor por meio do aumento da liberação de endorfinas e redução da liberação de catecolaminas (HATEM; LIRA; MATTOS, 2006). Ademais, sabe-se da sua capacidade de promover relaxamento e distração (ARAÚJO; SILVA, 2013; HATEM; LIRA; MATTOS, 2006; TABARRO et al., 2010) e a reduzir a ansiedade e o mal-estar (NAVÁIS et al., 2013; NOCITI, 2010). Isso influencia o uso de fármacos e as estratégias de *cooping* no enfrentamento do fenômeno doloroso (ALLRED; BYERS; SOLE, 2010; COLE; LOBIONDO-WOOD, 2014; NOCITI, 2010), ou seja, auxilia na interrupção do ciclo ansiedade-dor (CASTRO; LEAL; SAKATA, 2013; NAVÁIS et al., 2013; NOCITI, 2010).

Alguns pacientes que usam a música como terapia complementar para o alívio da dor requerem menor quantidade de analgésicos e ansiolíticos durante o tratamento (NOCITI, 2010; CASSILETH; GUBILI, 2010; GHEZELJEH et al., 2015). Dessa forma, além dos efeitos diretos do uso da música, os pacientes se beneficiam com a redução dos efeitos colaterais do tratamento farmacológico (CASSILETH; GUBILI, 2010). Apesar de, em alguns casos, os benefícios da música não serem mensuráveis, são bastante relevantes para quem a ouviu (TABARRO et al., 2010). Assim, a música clássica com características melódicas e harmônicas, de pouca ênfase no ritmo e andamento lento é bastante indicada quando o

objetivo é induzir serenidade e relaxamento (BERGOLD; ALVIM, 2009), porém não se deve negligenciar o gosto musical do cliente (ANDRADE; PEDRÃO, 2005; BERGOLD; ALVIM, 2009).

Nesse sentido, atualmente, a música tem sido indicada como terapia complementar na promoção do conforto e qualidade de vida do paciente com dor (FREITAS et al., 2013; NUNES-SILVA et al., 2012). Ademais, trata-se de um meio de se garantir um direito universal dos pacientes assegurado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e Organização Mundial da Saúde: o controle eficaz do fenômeno doloroso (SILVA et al., 2008).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital de Urgências de Sergipe, em Aracaju, Sergipe, Brasil. Trata-se do maior hospital público do estado e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos de alta complexidade. É referência, para Sergipe e regiões circunvizinhas, no atendimento a casos clínicos e traumáticos, eletivos e de urgência/emergência de várias especialidades: clínica geral, pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, cirurgias geral, plástica, torácica e vascular. Possui capacidade física instalada de 490 leitos, distribuídos em 13 alas de internação e atende em média 15 mil pacientes por mês.

O hospital também dispõe da única UTQ do estado, a qual é composta por 14 leitos de internamento, dos quais quatro são pediátricos e dez adultos. Além desses, há um leito de centro cirúrgico, o qual se localiza em sala especial, onde são realizados os procedimentos cirúrgicos. O quadro funcional é formado por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, cirurgiões-plásticos, fisioterapeutas, nutricionistas, clínicos gerais, pediatras e psicólogos (FHS, 2011).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi probabilística, consecutiva e por conveniência. A casuística foi constituída por 16 vítimas de queimaduras internadas na referida UTQ no período de outubro de 2015 a abril de 2016.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 12 anos, uma vez que no local de estudo, a partir dessa idade os pacientes recebem tratamento semelhante aos adultos; possuir escore na Escala de Coma de Glasgow igual a 15; realizar o curativo das feridas por queimaduras no leito de internamento, segundo recomendação do cirurgião plástico da UTQ, sem uso de anestésicos locais, independente da profundidade e da extensão da lesão; e fazer uso da analgesia de rotina da unidade, explicitado na seção Sistemática de Coleta de Dados.

Foram excluídos da amostra os pacientes que referiram não gostar de ouvir música ou apresentaram dificuldades em compreender os instrumentos utilizados para mensuração da dor, queimadura em pavilhões auditivos – que impediam a colocação de fones de ouvido–, comunicação verbal prejudicada, alteração cognitiva ou da acuidade auditiva; além daqueles sob efeito de medicamentos depressores do sistema nervoso central ou que receberam alta durante o seguimento da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

O formulário de coleta de dados (APÊNDICE A) foi dividido em duas partes. A primeira continha itens sobre o perfil sociodemográfico das vítimas, suas comorbidades, as circunstâncias que envolveram a queimadura, o primeiro atendimento e os hábitos relacionados à música. A segunda parte era composta por itens sobre a avaliação e mensuração da dor antes, durante e depois do curativo das lesões por queimadura. A dor foi mensurada por meio da Escala Visual Numérica.

Essa escala de mensuração da intensidade da dor é indicada para pacientes conscientes, orientados e com capacidade cognitiva preservada, os quais devem referir em uma escala de zero (nenhuma dor) a dez (dor máxima imaginável), a intensidade da dor sentida. Os escores da dor variam entre 1 a 3 (leve), 4 a 6 (moderada) e 7 a 10 (intensa) (FORTUNATO et al., 2013; SAKATA, 2010). Apesar da não obrigatoriedade do contato visual do paciente com a escala (FORTUNATO et al., 2013), nesse estudo, todos observaram diretamente o instrumento.

Além dos instrumentos padronizados citado, a dor também foi avaliada por meio da aferição clínica das frequências cardíaca e respiratória, e da mensuração da saturação parcial de oxigênio por meio de oxímetro de pulso portátil, nos mesmos momentos em que forem utilizados os demais instrumentos. Didaticamente, esses dados foram alocados na segunda parte do instrumento de coleta de dados.

4.5 SISTEMÁTICA DE COLETA DE DADOS

A música

Optou-se por permitir ao participante escolher a sequência musical que desejava ouvir durante a intervenção, mediante indicação do artista de sua preferência. Para isso, por meio da análise do prontuário e da observação no local do estudo, detectava-se os pacientes que tinham potencial de participar da pesquisa quando o cirurgião plástico indicasse a realização

do curativo no leito de internamento. Procedia-se, então, a abordagem informal ao paciente sobre o interesse em participar da pesquisa e, caso positivo, a sequência musical que desejaria ouvir. Assim, era possível gravar a coletânea antecipadamente em um cartão de memória para uso em momento oportuno.

Grupos de pesquisa

Os pacientes que compuseram a amostra foram alocados aleatoriamente em um de três grupos: Grupo A (GA), Grupo B (GB) e Grupo Controle (GC). A aleatorização era realizada por meio de envelope opaco, no qual o paciente sorteava de qual grupo de pesquisa iria participar.

Grupo controle (GC)

Os participantes que compuseram o grupo controle não receberam qualquer intervenção para o alívio da dor além de analgesia conforme prescrição médica, cerca de trinta minutos antes de iniciar a abertura do curativo e o banho de aspersão.

Grupos Intervenção (GA e GB)

Nos grupos intervenção, os pacientes receberam a analgesia conforme prescrição médica associada à escuta de uma sequência de músicas de sua preferência escolhida previamente. No grupo A, a escuta musical dava-se desde a administração da analgesia até antes do início da abertura do curativo e encaminhamento ao banho de aspersão. A partir desse momento, a música era desligada e os fones de ouvido retirados. Já no grupo B, a intervenção ocorria desde o retorno do paciente do banho até a oclusão do curativo. Antes disso, o participante não ouvia música nem permanecia com os fones de ouvido. Nesse sentido, considera-se que os participantes do grupo A ouviram música antes do curativo, enquanto aqueles dos grupo B ouviram música durante o curativo.

Salienta-se que a escuta musical ocorreu por meio de fones de ouvido individuais do tipo earphone (marca Multilaser®; modelo PH016), acoplados a uma caixa de som portátil (marca Integris®). O uso de fones de ouvido é importante por permitir ao paciente concentrar sua atenção na música reproduzida e minimizar os demais ruídos do ambiente. A fim de prevenir infecções, os fones de ouvido foram de uso pessoal e intransferível de cada paciente. Antes e após o uso, os equipamentos eletrônicos passaram por desinfecção com álcool a 70%. O armazenamento desses equipamentos ocorria em sacolas plásticas identificadas com o nome do paciente. Ao final da pesquisa, os fones ficavam de posse do respectivo participante.

A coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por duas coletadoras auxiliares, as quais são graduandas em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Federal de Sergipe. A fim de padronizar as condutas, foi elaborado pela pesquisadora o manual operacional do coletador, no qual constavam definições de todos os itens do instrumento de coleta de dados, orientações sobre a intervenção musical e a sistemática de coleta de dados, bem como sobre comportamento e postura éticos e neutros. Além disso, as alunas foram devidamente treinadas pela pesquisadora tanto na teoria quanto na prática, quando participaram do teste piloto do estudo. Esse teste compreendeu três pacientes que atendiam aos critérios de inclusão da amostra já descritos e os dados coletados nessa etapa foram descartados em virtude de modificações ocorridas no instrumento de coleta de dados.

A primeira etapa da coleta de dados correspondia ao questionamento ao paciente sobre os dados sociodemográficos e circunstâncias da queimadura, assim como sobre a sequência de música que gostaria de ouvir. Em seguida, procedia-se a análise do prontuário em busca de dados sobre a avaliação da dor e administração de analgesia na admissão no pronto-socorro e na Unidade de Tratamento de Queimados, antes e durante a realização do curativo e no período de seguimento da pesquisa.

Diariamente, durante os três dias da pesquisa, acompanhou-se a rotina dos pacientes da unidade em relação à realização dos curativos: após o desjejum, era administrada analgesia conforme prescrição médica; após cerca de trinta minutos, procedia-se a abertura dos curativos, no entanto, com frequência, a remoção das coberturas era finalizada pelo próprio paciente durante o banho de aspersão. Concluído o banho, o paciente retornava ao leito, onde eram realizadas limpeza das lesões, aplicação das coberturas e oclusão do curativo.

Em ambos os grupos intervenção, logo após a administração da analgesia prescrita, se avaliavam os itens referentes às seções “antes do curativo”, das Partes II e III do instrumento de coleta de dados. No grupo A, concluída a avaliação, aplicava-se a música até antes da abertura dos curativos, enquanto no grupo B, aguardava-se o retorno do paciente ao leito, para iniciar a escuta musical, a qual perdurava até a oclusão dos curativos.

Depois de realizada a limpeza das lesões e ocluídos os curativos, independentemente do grupo de pertencimento, o paciente era abordado quanto aos itens constantes nas seções “durante o curativo” e “depois do curativo” das Partes II e III do instrumento de coleta de dados. A figura 1 ilustra a sistemática de coleta de dados.

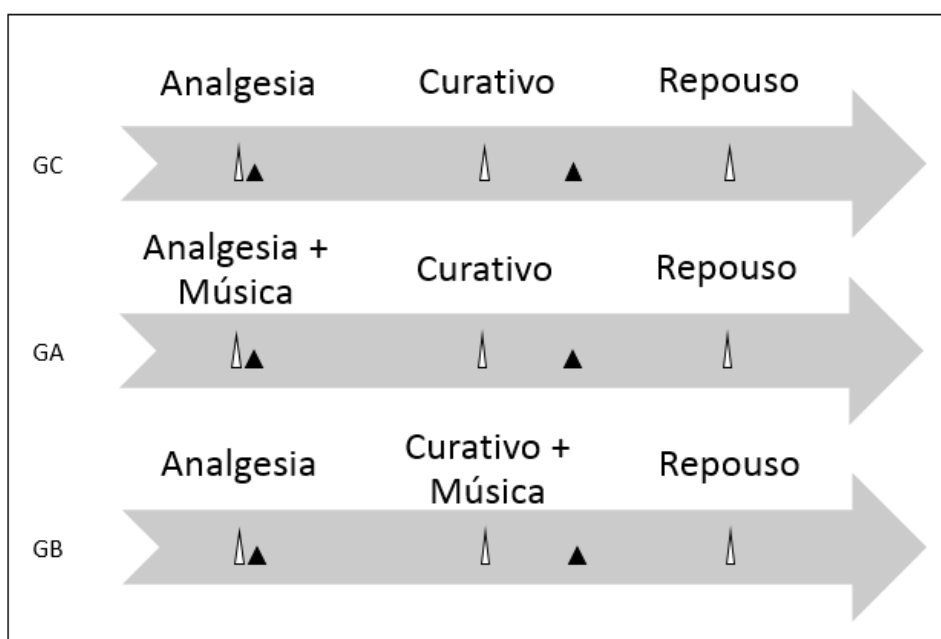


Figura 1. Sistemática de Coleta de Dados. Os triângulos pretos simbolizam os momentos das coletas de dados: logo após a analgesia e após concluído o curativo.

Concluída a coleta de dados, os pacientes foram identificados por uma dupla de letra referente ao grupo de pertencimento na pesquisa – Grupo A (GA); Grupo B (GB) e Grupo Controle (GC) –, acompanhada por uma sequência de números arábicos, de acordo com a ordem de entrada na pesquisa, afim de preservar o sigilo e anonimato.

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados duplamente, armazenados e processados em banco de dados informatizado por meio do software *Microsoft Office Excel 2013*. Após análise descritiva e inferencial, as variáveis foram expressas por meio de frequência simples e relativa, quando categóricas, e média e desvio padrão, quando contínuas. Os dados estão apresentados por meio de tabelas.

Para verificar a associação entre as variáveis, utilizou-se os seguintes testes de hipóteses: *Wilcoxon* e *Kruskal-Wallis*, ambos testes não paramétricos, utilizados para comparação entre duas e três médias, respectivamente. Empregou-se o Teste Exato de *Fisher* para comparar variáveis categóricas. Adotou-se um nível de significância de 5%.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi inicialmente encaminhada para apreciação e parecer do Núcleo de Educação Permanente do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), tendo sido aprovado no

dia 12 de fevereiro de 2015. Após aprovação e assinatura do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B), a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe, tendo sido aprovada por meio da CAAE: 44587415.4.0000.5546 (ANEXO A) em 11 de maio de 2015.

Antes do início da coleta de dados, os pacientes e/ou os responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízos a pessoa e/ou tratamento. Aqueles que manifestaram interesse em participar voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A presente pesquisa obedeceu aos critérios de Ética em Pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), conforme a qual os participantes têm direito a esclarecimentos e anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão estão apresentados por meio de artigos científicos formatados segundo normas do periódico em que foram submetidos.

Artigo I

Perfil das vítimas de queimaduras atendidas por uma unidade de emergência – Submetido na Revista *International Archives of Medicine*. **Fator de Impacto:0,5; Qualis B1 na área de Enfermagem.**

Artigo II

A música é eficaz para o alívio da dor em vítimas de queimaduras? – Submetido na Revista *International Archives of Medicine*. **Fator de Impacto:0,5; Qualis B1 na área de Enfermagem.**

5.1 ARTIGO I

PERFIL DAS VÍTIMAS DE QUEIMADURAS ATENDIDAS POR UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Lidiane Souza Lima¹
 Viviane Oliveira de Sousa Correia²
 Tycianne Karoline Garção Nascimento³
 Bárbara Jeane Pinto Chaves⁴
 José Rodrigo Santos Silva⁵
 José Antonio Barreto Alves⁶
 Daniele Vieira Dantas⁷
 Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro⁸

RESUMO

Objetivos: identificar o perfil sociodemográfico e de saúde das vítimas de queimaduras, conhecer as características dos eventos e detectar os principais analgésicos prescritos na unidade de emergência.

Métodos: estudo descritivo, exploratório e quantitativo, com 16 vítimas de queimaduras atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados, no período de outubro de 2015 a maio de 2016.

Resultados: a média de idade dos participantes foi de 31,8 anos ($\pm 14,1$). Majoritariamente, os sujeitos eram do gênero masculino (62,5%), solteiros (43,8%), pardos (68,8%), procedentes da Grande Aracaju (62,5%) e economicamente ativos (75,0%). As lesões por queimaduras foram principalmente de segundo grau (93,8%) e atingiram os membros inferiores (68,8%). A média de superfície corporal queimada foi de 15,8% ($\pm 11,5$). As circunstâncias que envolveram queimaduras ocorreram sobretudo no domicílio (50,0%), aos domingos (25,0%) e nos turnos manhã (37,5%) e noite (37,5%). O principal agente etiológico foi o álcool (31,3%). Todos os pacientes receberam analgesia na unidade de emergência, mas a minoria teve a dor documentada (18,8%). O médico foi o único profissional que registrou a dor no prontuário, mas o fez de maneira incompleta (18,8%).

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Guanambi. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Voluntária do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Bolsista do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem (PET-Enfermagem).

⁴ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde; Enfermagem materna, neonatal e do lactente; Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família.

⁵ Estatístico. Doutor em Biometria e Estatística Aplicada. Professor Adjunto do Departamento de Estatística e Ciências Atuariais da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

⁶ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

⁷ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de Pós-doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Vice-líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisa em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (NEPET)/CNPq.

⁸ Enfermeira. Doutora em Ciência da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Conclusão: devido às repercussões negativas das queimaduras, é crucial a adoção de medidas educativas e preventivas que visem a mudança no cenário atual da epidemiologia desse tipo trauma.

keywords: Queimaduras; Epidemiologia; Analgesia; Emergência.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo [1]. Trata-se de lesões traumáticas da pele que repercutem no metabolismo sistêmico do organismo [2], além de interferir nos aspectos funcionais e psicológicos das vítimas [3-4]. Ademais, com frequência, são dolorosas, incapacitantes e distorcem a autoimagem e as relações sociais [3,5-6].

Estima-se que, no mundo, anualmente, ocorram em torno de 265 mil óbitos e 11 milhões de atendimentos de saúde em decorrência de queimaduras [7]. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a taxa de mortalidade por esse tipo de trauma declinou nos últimos anos, mas ainda permanece elevada, sobremaneira no países em desenvolvimento, onde ocorrem cerca de 95% dos casos de queimaduras por fogo do mundo [1].

No Brasil, a estimativa anual é de um milhão de pessoas acometidas por queimaduras, das quais 100 mil procuram atendimento hospitalar, 40 mil necessitam de internação e 2.500 morrem em consequência desse tipo de trauma [8-11]. Nos estados do nordeste brasileiro há sazonalidade quanto à prevalência e incidência de queimaduras com destaque para junho, julho e agosto [9,11-12].

Frequentemente, as vítimas de queimaduras convivem com sequelas e limitações importantes que interferem na vida social e econômica do indivíduo, família e Estado [1,13]. Destaca-se que os custos financeiros gerados – diretos e indiretos – são elevados [14-15] e as incapacidades – temporárias e permanentes – relacionam-se a atraso no retorno ao trabalho e maior taxa de morbimortalidade [15].

Uma das principais causas de limitações nas queimaduras é a dor [6]. Trata-se de um sintoma frequente [14,16-18] e decorre da agressão tecidual, do processo inflamatório que se inicia [16-17] e dos procedimentos realizados no tratamento [14,18-22]. Quando mal controlada, a dor pode piorar o estado geral de saúde do paciente [6] e interferir negativamente na recuperação [22]. Por isso a importância de gerenciamento da dor das vítimas de queimaduras desde o primeiro atendimento [23]. No entanto, o manejo do fenômeno doloroso ainda é um desafio para as equipes de saúde [6,16].

Nessa perspectiva, a OMS considera a elaboração de políticas públicas de prevenção e tratamento das queimaduras como estratégia fundamental para reduzir as taxas de morbimortalidade e, por conseguinte, os custos gerais relacionados a esse trauma [1]. Para isso, é primordial o desenvolvimento de estudos epidemiológicos sobre o perfil das vítimas de queimaduras e das circunstâncias que as envolvem. Assim esse estudo objetiva identificar o perfil sociodemográfico e de saúde das vítimas de queimaduras, conhecer as características dos eventos e detectar os principais analgésicos prescritos na unidade de emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa e amostragem por conveniência. A amostra foi composta por 16 vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) de um hospital público do nordeste brasileiro, no período de outubro de 2015 a maio de 2016.

Foram incluídos na amostra pacientes com idade igual ou superior a 12 anos e com escore na Escala de Coma de Glasgow igual a 15. Comunicação verbal prejudicada, alteração cognitiva ou da acuidade auditiva e uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central foram considerados critérios de exclusão.

Os dados foram obtidos a partir do prontuário e de entrevista com os participantes após prévia autorização por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados foram apresentados em tabelas e analisados por meio das frequências simples e relativa.

A pesquisa atendeu aos critérios dispostos na Resolução 466/2012 [24] e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob a CAAE nº 44587415.4.0000.5546.

RESULTADOS

A média de idade do estudo foi de 31,8 anos ($\pm 14,1$), com destaque para a faixa etária entre 12 e 24 anos (37,5%). Houve maioria do gênero masculino (62,5%) e da religião católica (62,5%). Parte considerável dos sujeitos se autodeclarou solteiros (43,8%) e pardos (68,8%). Observou-se média de anos de estudo de 6,6 anos completos ($\pm 3,8$), com escolaridade predominante relativa ao Ensino Fundamental incompleto (43,8%). Majoritariamente os sujeitos procediam da Grande Aracaju (62,5%), seguida por outros municípios de Sergipe (31,5%). A maioria dos participantes exercia atividade remunerada à época do trauma (75,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de vítimas de queimaduras atendidas em Unidade de Tratamento de Queimados. Aracaju, Se, Brasil, 2016.

Variável	n (%)
Faixa etária	
12 \leq 24 anos	6 (37,5)
25 \leq 35 anos	5 (31,2)
\geq 36 anos	5 (31,2)
Gênero	
Feminino	6 (37,5)
Masculino	10 (62,5)
Estado civil	
Solteiro	7 (43,8)
Casado	2 (12,5)
União estável	5 (31,2)
Divorciado	2 (12,5)
Escolaridade	
Sem escolaridade	2 (12,5)
Ensino Fundamental incompleto	7 (43,8)
Ensino Fundamental completo	2 (12,5)
Ensino Médio incompleto	3 (18,8)
Ensino Médio completo	1 (6,2)
Ensino Superior incompleto	1 (6,2)
Cor da pele	
Branca	1 (6,3)
Preta	4 (25,0)
Parda	11 (68,8)
Procedência	
Grande Aracaju*	10 (62,5)
Outro município de Sergipe**	5 (31,3)
Outro estado	1 (6,3)

Atividade remunerada

Sim	12 (75,0)
Não	4 (25,0)

*Grande Aracaju compreende a capital sergipana e município vizinhos: Barra dos Coqueiros, Nossa senhora do Socorro e São Cristóvão. **Outro município de Sergipe compreende: Poço Redondo, Ilha das Flores, Cristinápolis e Simão Dias.

Quase a totalidade dos sujeitos apresentou queimaduras de segundo grau (93,8%). Apenas um participante sofreu exclusivamente lesões de terceiro grau (6,3%), bem como somente um tinha registrado em prontuário a ocorrência de queimaduras de graus variados – primeiro e segundo (6,3%). A média para a superfície corporal queimada foi de 15,8% ($\pm 11,5$). As queimaduras atingiram principalmente os membros inferiores (68,8%), tronco (56,3%) e membros superiores (50,0%). Vale destacar que, com frequência, as lesões acometiam mais de um seguimento corporal simultaneamente. A maioria dos participantes negou qualquer antecedente patológico (81,2%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características de saúde e do atendimento de vítimas de queimaduras atendidas em Unidade de Tratamento de Queimados. Aracaju, Se, Brasil, 2016.

Variável	n (%)
CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE	
Profundidade da lesão	
1º grau	1 (6,3)
2º grau	15 (93,8)
3º grau	1 (6,3)
Segmentos corporais atingidos pelas queimaduras	
Cabeça e Pescoço	7 (43,8)
Tronco	9 (56,3)
MMSS	8 (50,0)
MMII	11 (68,8)
Genitália	1 (6,3)
Patologias prévias	
Não	13 (81,3)
Sim	3 (18,7)
Diabetes <i>Mellitus</i>	1 (6,3)
Hipertensão arterial	1 (6,3)
Tabagismo	1 (6,3)
Uso abusivo de álcool	1 (6,3)
Depressão	1 (6,3)
Não se aplica	13 (81,3)
ATENDIMENTO À VÍTIMA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	
Prescrição de analgesia	
Não	0 (0,0)
Sim	16 (100,0)
Analgésicos prescritos	
Dipirona	15 (93,8)

Tramadol	9 (56,3)
Morfina	3 (18,7)
Cetoprofeno	2 (12,5)
Registro da dor em prontuário	
Não	13 (81,3)
Sim	3 (18,8)

Maioria das queimaduras aconteceu acidentalmente (93,8%), mas houve uma heteroagressão (6,3%), e o ambiente domiciliar foi o principal cenário das ocorrências (50,0%), seguido pela via pública (25,0%). Acrescenta-se que domingo (25,0%), terça-feira (18,8%) e sexta-feira (18,8%) foram os dias da semana que mereceram destaque em relação aos eventos traumáticos com queimaduras, bem como os turnos matutino (37,5%) e noturno (37,5%) (Tabela 3).

Evidenciou-se o álcool como principal agente etiológico (31,2%) das queimaduras, sequenciado pela chama aberta (18,8%). A minoria (12,5%) dos sujeitos referiu estar sob efeito de bebida alcóolica no momento do acidente (Tabela 3).

Tabela 3. Características do evento com queimaduras em vítimas atendidas em Unidade de Tratamento de Queimados. Aracaju, Se, Brasil, 2016.

Variável	n (%)
Natureza da lesão	
Acidental	15 (93,8)
Intencional	1 (6,3)
Local do evento	
Domicílio	8 (50,0)
Via pública	4 (25,0)
Comércio/serviço	2 (12,5)
Indústria/construção	1 (6,3)
Outros	1 (6,3)
Dia da semana	
Domingo	4 (25,0)
Segunda-feira	1 (6,3)
Terça-feira	3 (18,8)
Quarta-feira	2 (12,5)
Quinta-feira	2 (12,5)
Sexta-feira	3 (18,8)
Sábado	1 (6,3)
Turno do evento	
Madrugada (0h às 5h 59min)	1 (6,3)
Manhã (6h às 12h 59min)	6 (37,5)
Tarde (13h às 18h 59min)	3 (18,8)
Noite (19h às 23h 59min)	6 (37,5)
Agente etiológico	
Álcool	5 (31,3)
Chama aberta	3 (18,8)
Água quente	2 (12,5)

Óleo quente	2 (12,5)
Objeto quente	2 (12,5)
Gasolina	1 (6,3)
Vapor	1 (6,3)
Uso de bebida alcoólica	
Não	14 (87,5)
Sim	2 (12,5)

Em relação à admissão dos pacientes na unidade de emergência, foi possível identificar, no prontuário, que todos receberam algum tipo de analgesia nesse momento. Dipirona foi o analgésico mais prescrito (93,8%), seguido pelo tramadol (56,3%) (Tabela 2). Com frequência, foram prescritos mais de um medicamento simultaneamente. O tempo para a primeira analgesia no pronto-socorro apresentou média de 103,1 minutos, com máximo de 420 minutos e mínimo de 10 minutos.

Salienta-se que, apesar de a totalidade dos participantes receberem analgesia na unidade de emergência, a minoria (18,8%) teve a dor documentada no prontuário (Tabela 2). Todos os registros foram realizados por médicos (18,8%), os quais documentaram apenas a presença ou ausência da dor (18,8%).

DISCUSSÃO

Conhecer o perfil das vítimas de queimaduras e das circunstâncias dos acidentes em que se envolveram é essencial para o planejamento e a elaboração de políticas públicas e campanhas ou orientações individuais que visam a prevenção desse tipo de trauma. Além disso, permite aos profissionais e gestores de saúde otimizar a assistência oferecida, uma vez que, baseados nas evidências, podem melhor definir os protocolos de atendimento. Acrescenta-se que a divulgação dos fármacos mais utilizados para o alívio da dor na unidade de emergência fomenta a discussão de novas evidências.

O predomínio do gênero masculino encontrado nesse estudo está em consonância com publicações nacionais [9,11,25-31] e internacionais [13,32-35]. Pelas diferenças de gênero socialmente estabelecidas e algumas características de personalidade, os homens se expõem mais a riscos tanto a vida pessoal quanto profissional, o que pode justificar sua prevalência nas pesquisas.

Além disso, os homens assumem, proporcionalmente, maior associação com sequelas e incapacidades [13], as quais, independente se temporárias ou permanentes, têm o poder de diminuir o potencial produtivo do ponto de vista econômico e social [13,27]. Isso se agrava com a maior ocorrência de queimaduras entre os adultos jovens e economicamente ativos [25,27,32], o que, consequentemente, aumenta os gastos públicos e privados, diretos e indiretos decorrentes desse trauma.

Na perspectiva das ações de prevenção, faz-se relevante compreender os principais agentes etiológicos das queimaduras. Conforme demonstrado nessa pesquisa, os líquidos inflamáveis, a exemplo do álcool, lideram esse *ranking* [11,25-26,30-31,36] e associam-se à elevada taxa de morbimortalidade, altos custos e sequelas irreversíveis [37]. Outros estudos consideram a chama aberta com principal agente causador [9,27,29,32]. Os líquidos quentes merecem destaque quando do público infantil [11,27]. O uso indiscriminado de substâncias inflamáveis ocasionam um maior número de traumas por queimaduras, por isso, exige o cumprimento da legislação apropriada pertinente.

O álcool pode estar envolvido em queimaduras acidentais ou intencionais. Nesse estudo, a maioria das queimaduras foram acidentais, à semelhança de outras pesquisas [25,34], e aconteceram sobretudo no domicílio [25,27,32,24,38]. Parte considerável dos traumas e acidentes ocorrem no domicílio, ambiente em que o indivíduo se sente protegido e

livre de perigos, por isso, inconscientemente, adota comportamentos, por vezes, considerados displicentes ou negligentes.

Observou-se que não houve distinção significativa entre os dias da semana para a ocorrência das queimaduras, apesar de o domingo ter predominado. Estudo baseado em pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde brasileiro encontrou que as queimaduras prevalecem aos finais de semana (sexta-feira, sábado e domingo) e nos turnos tarde e noite [27], o que diverge parcialmente do achado nesse estudo, o qual destaca a ocorrência de queimaduras durante a manhã e a noite.

Apenas a minoria dos sujeitos pesquisados relatou estar sob efeito de álcool na ocasião do acidente, assim como encontrado em estudo nacional, o qual afirma ainda que o percentual de homens alcoolizados duplicou em relação às mulheres [27]. No entanto, sabe-se que o consumo de álcool aumenta aos finais de semana [39] e está associado à maior incidência e gravidade dos traumas devido à transferência de energia, incapacidade de fuga e prejuízo na recuperação [40]. Apesar disso, faz parte da cultura brasileira socializar-se aos finais de semana, o que com frequência envolve o consumo de bebida alcóolica e a adoção de comportamentos de risco.

A média de superfície corporal queimada corresponde ao paciente médio queimado e coincide com outros estudos [11,29]. Há também aqueles que encontraram os pequenos queimados como mais frequentes [28,30]. Acrescenta-se que a extensão das lesões e a gravidade do trauma assumem uma relação diretamente proporcional [9,41]. Nesse sentido, pesquisa realizada no Chile encontrou 43% de superfície queimada como a dose letal 50 [32]. As queimaduras são traumas sistêmicos que, quando extensas, são capazes de interferir no estado hemodinâmico e de imunidade do paciente, além de demandarem mais procedimentos invasivos e, por conseguinte, aumentarem o risco de infecção.

Encontrou-se que os principais sítios de lesão por queimaduras são os membros inferiores, seguidos pelo tronco e membros superiores. Não há consenso a esse respeito, mas extremidades merecem destaque [27,38,31,33-35]. As queimaduras circunferenciais de tórax e extremidades podem comprometer a vida e/ou a viabilidade do membro afetado [42]. Quando acometem mãos e pés, as queimaduras são consideradas importantes e preocupantes, visto que é considerável a probabilidade de sequelas que comprometem a produtividade econômica e social da vítima.

Ao encontro de outros estudos, evidenciou-se a maior ocorrência de lesões de segundo grau [9,25,30,33,35-36]. As lesões mais profundas associam-se a uma maior taxa de mortalidade [9], enquanto as mais superficiais têm relação mais evidente com a dor. No entanto, admite-se que todos os pacientes com queimaduras experimentam dor em maior ou menor intensidade [14].

Independentemente do tipo de queimadura que sofreram e da intensidade da dor relatada, todos os pacientes receberam analgesia na unidade de emergência. Dipirona (analgésico simples) e tramadol (opioide fraco) predominaram. Singer (2015), em seu estudo, afirma que, na unidade de emergência, os pacientes referem dor de intensidade média igual a cinco (moderada), e, quando considerou apenas as queimaduras superficiais, houve elevação da média para seis. Não houve associação entre o tamanho da lesão e a intensidade da dor [35]. Nesse estudo, não foi possível obter essa informação relativas à dor na unidade de emergência.

O tratamento da dor deve basear-se na escada analgésica sugerida pela OMS, segundo a qual, as dores moderadas devem ser tratadas com analgésicos simples associados a opioides fracos, enquanto para dores intensas os opioides fortes são absolutamente necessários. Os tratamentos adjuvantes também são indicados pela escada em todos os degraus [43-45]. O sucesso no tratamento da dor é essencial para a recuperação das vítimas nos aspectos biopsicossocial e espiritual.

O primeiro passo para o tratamento adequado do fenômeno doloroso é acreditar no relato do paciente [46] e instituir plano terapêutico eficaz. A dor deve ser avaliada de maneira sistemática e regular, além de documentada [17,12]. Reitera-se a importância da utilização de instrumentos validados e padronizados para esse propósito [18,47]. No entanto, observou-se que a minoria dos pacientes teve a dor registrada no prontuário, além disso, os poucos relatos estavam incompletos. Nesse sentido, apesar de todos os sujeitos terem recebido analgesia, não se pode garantir que tiveram a dor adequadamente tratada.

Essa pesquisa teve como limitação o tamanho reduzido da amostra. Além disso, não foi possível coletar dados relativos à dor na unidade de emergência, uma vez que a pesquisa transcorreu na Unidade de Tratamento de Queimados e não havia registro em prontuário sobre esse segmento do objeto de estudo.

CONCLUSÃO

Uma vez que as queimaduras são um tipo de trauma que acomete, principalmente, as extremidades de homens economicamente ativos, pode-se inferir que, além das sequelas físicas e dos prejuízos financeiros causados, as queimaduras perturbam o estado psicológico de suas vítimas e familiares, de maneira a influenciar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos a curto, médio e longo prazos.

O álcool destaca-se como agente etiológico relevante no cenário das queimaduras, as quais acontecem sobretudo no domicílio, aos domingos e pela manhã e à noite. Nessa perspectiva, é crucial alertar as comunidades quanto aos riscos a que estão expostas quando cozinham, trabalham, se divertem ou realizam outras atividades da vida diária. Além das medidas educacionais, as preventivas e legislativas, orientadas por políticas públicas eficazes, também são necessárias para alcançar mudança no cenário atual da epidemiologia das queimaduras.

Fundamentado nas evidências científicas e epidemiologia do trauma térmico, sugere-se a elaboração de protocolos de atendimentos que visem otimizar a assistência prestadas nas unidades de emergência, inclusive aqueles relativos ao manejo da dor, visto que, apesar da analgesia prescrita, devido a ausência de registro, acredita-se que o tratamento baseou-se no empirismo e não na real necessidade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. A WHO plan for burn prevention and care. Genebra, 2008, 23p.
2. Sen S, Palmieri T, Greenhalgh D. Review of Burn Research for the Year 2013. J Burn Care Res [Internet]. 2014 sep-oct [cited 2016 Out 19];35(5):362-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25094008>
3. Cabulon EAIC, Cardoso JR, Maciel SM, Martins JT, Robazzi MLCC, Cardelli AAM. Quality of life of individuals treated in na outpatient burn treatment centre: Application of the BSHS-R. Burns [Internet]. 2015 nov [cited 2016 Out 18];41(3):528-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441543>
4. Castro ANP, Silva DMA, Vasconcelos VM, Lima Júnior EM, Camurça MNS, Martins MC. Feelings and questions on a burned patient unit reference in Fortaleza-CE. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2013 nov [cited 2016 Out 18];12(3):159-64. Available from:

<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/162/pt-BR/sentimentos-e-duvidas-do-paciente-queimado-em-uma-unidade-de-referencia-em-fortaleza-ce>

5. Guimarães IBA, Martins ABT, Guimarães SB. Quality of life of burned patients in a referral hospital in northeastern Brazil. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2013 may [cited 2016 Out 18];12(2):103-7. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7647>
6. Souza TJA. Quality of life of patients in a burned treatment unit. *Rev. Bras. Cir. Plást* [Internet]. 2011 jan-mar [cited 2016 Out 18];26(1):10-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000100004
7. World Health Organization (WHO). Burns. Genebra, 2014. [cited 2016 Out 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>.
8. Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Epidemiological profile of patients who suffered burns in Brazil: literature review. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012 oct-nov [cited 2016 Out 18];11(4):246-50. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/130/pt-BR>
9. Freitas MS, Machado MM, Moraes RZC, Sousa AH, Aragão LHFB, Santos Junior RA et al. Epidemiological characteristics of patients with third degree burns in Hospital of Emergency of Sergipe. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 apr [cited 2016 Out 10];14(1):18-22. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/237/pt-BR/caracteristicas-epidemiologicas-dos-pacientes-com-queimaduras-de-terceiro-grau-no-hospital-de-urgencias-de-sergipe>
10. Nascimento LKA, Barreto JM, Costa ACSM. Variables analysis of the degree and size of the burn, length of hospital stay and occurrence of deaths in patients admitted in a Burn Care Unit. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 10];12(4):256-9. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/177/pt-BR>
11. Reis IF, Moreira CA, Costa ACSM. Epidemiological study of patients in treatment at burn unit of Sergipe emergency hospital. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2011 [cited 2016 Out 18];10(4):114-8. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/165/pt-BR>
12. Queiroz PR, Lima KC, Alcântara IC. Prevalence and factors associated with third degree burns in the city of Natal, RN- Brazil. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 17]; 12(3):169-76. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/164/pt-BR/prevalencia-e-fatores-associados-a-queimaduras-de-terceiro-grau-no-municipio-de-natal-rn---brasil>
13. Peck MD. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns* [Internet]. 2011 jul [cited 2016 Out 19]; 37(7):1087-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802856>
14. Connor-Ballard PA. Understanding and Managing Burn Pain: Part 1. Pain after burn injury is preventable, and nurses are central to achieving that goal. *AJN* [Internet]. 2009

- apr [cited 2016 Out 26];109(4):48-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19325318>
15. Sanchez JLA, Bastida JL, Martínez MM, Moreno JMM, Chamorro JJ. Socio-economic cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. *Burns* [Internet]. 2008 may [cited 2016 Out 18]; 34(7):975-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18472221>
 16. Castro RJA, Leal PC, Sakata RK. Pain Management in Burn Patients. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2013 jan-feb [cited 2016 Out 28];63(1):149-158. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000100013
 17. Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. *Burns* [Internet]. 2009 jun [cited 2016 Out 18];35(7):921-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505764>
 18. Mendoza A, Santoyo FL, Agulló A, Fenández-Cañamaque JL, Vivó C. The management of pain associated with wound care in severe burn patients in Spain. *Int J Burn Trauma* [Internet]. 2016 jan [cited 2016 Out 20];6(1):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749394/>
 19. Iurk LK, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Evidence-Based Medicine in burns treatment. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2016 Out 20];9(3):95-9. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/42/pt-BR>
 20. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Novaes VR, Lima JS. Analysis of the behavior of children victims of burnings during surgical dressing without anesthetic drugs in infirmary. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. [Internet]. 2009 dec [cited 2016 Out 20];19(3):369-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300003
 21. Silva A, Machado R, Simões V, Carrageta MC. Virtual reality therapy and the burn patient: reduction of pain in the wound care – A integrative literature review. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 20];14(1):35-42. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/241/pt-BR>
 22. Yuxiang L, Lingjun Z, Lu T, Mengjie L, Xing M, Fengping S et al. Burn patients experience of pain management a qualitative study. *Burns* [Internet]. 2012 nov [cited 2016 Out 17];38(2):180-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079543>
 23. Rowley-Conwy, G. Management of minor burns in the emergency department. *Nursing Standard* [Internet]. 2012 may [cited 2016 Out 26];27(33):60-7. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2012.02.26.24.60.c8948>
 24. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 2013. [cited 2016 Out 26] Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

25. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina Júnior JA, Rossi LA. Burns in the Domestic Environment: Characteristics and Circumstances of Accidents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 may-jun [cited 2016 Out 18];18(3):157-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300021
26. Coutinho BBA, Balbuena MB, Anbar RA, Almeida KG, Almeida PYNG. Epidemiological profile of patients hospitalized at the burned nursery of Beneficent Association of Campo Grande Santa Casa/MS. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2010 oct-dec [cited 2016 Out 28];25(4):600-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400006
27. Gawryszewski VP, Bernal RTI, Silva NN, Morais Neto OL, Silva MMA, Mascarenhas MDM et al. Public hospital emergency department visits due to burns in Brazil, 2009. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 apr [cited 2016 Out 19];28(4):629-40. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400003
28. Cardoso L, Orgaes FS, Gonella HA. Epidemiological study of chemical burns of the last 10 years in CTQ-Sorocaba/SP. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012 apr-jun [cited 2016 Out 17];11(2):74-9. Available from: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-752219>
29. Macedo AC, Proto RS, Moreira SS, Gonella HA. Epidemiological profile of inpatients at the Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba from 2001 to 2008. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012 [cited 2016 Out 28];11(1):23-5. Available from: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2009/05-estudo.pdf>
30. Lacerda LA, Carneiro AC, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Epidemiological study of the Federal University of São Paulo Burn Unit. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2016 Out 20];9(3):82-8. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/40/pt-BR>
31. Nestor A, Turra K. Epidemiologic profile of hospitalized patients victims of burns by flammable agents. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [cited 2016 Out 18];13(1):44-50. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/186/pt-BR/perfil-epidemiologico-dos-pacientes-internados-vitimas-de-queimaduras-por-agentes-inflamaveis>
32. Alborno CR, Villegas J, Peña V, Whittle S. Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. *Rev Med Chile* [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 18];141(2):181-6. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n2/art06.pdf>
33. Çiftçi İ, Arslan K, Altunbaş Z, Kara F, Yilmaz H. Epidemiologic evaluation of patients with major burns and recommendations for burn prevention. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* [Internet]. 2012 mar [cited 2016 Out 28];18(2):105-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22792815>

34. Zarei MR, Dianat S, Eslami V, Harirchi I, Boddouhi N, Zandieh A et al. Factors associated with mortality in adult hospitalized burn patients in Tehran. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* [Internet]. 2011 jan [cited 2016 Out 18];17(1):61-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21341137>
35. Singer AJ, Beto L, Singer DD, Williams J, Thode Júnior HC, Sandoval S. Association between burn characteristics and pain severity. *American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2015 may [cited 2016 Out 21];33(9):1229-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168699>
36. Dias LDF, Oliveira AF, Juliano Y, Ferreira LM. Burn Care Unit of São Paulo Federal University: an epidemiological profile. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2015 jan [cited 2016 Out 18];30(1):86-92. Available from: <http://www.rbcp.org.br/details/1604/en-US/burn-care-unit-of-sao-paulo-federal-university--an-epidemiological-profile>
37. Aldunate JLCB, Ferrari Neto O, Tartare A, Araujo CAL, Silva CC, Menezes MAJ et al. Analysis of 10 years for alcohol burn cases requiring hospitalization in a quaternary hospital. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2012 [cited 2016 Out 28];11(2):220-5. Available from: [file:///C:/Users/Master/Downloads/RBQ-201211-4-220-5%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Master/Downloads/RBQ-201211-4-220-5%20(1).pdf)
38. Costa GOP, Silva JA, Santos AG. Profile of clinical and epidemiological burns: evidence for nursing care. *Ciência&Saúde* [Internet]. 2015 sep-dec [cited 2016 Out 18];8(3):146-55. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>
39. Oliveira APP, Abreu AMM, Paixão LAR, Faria VS. Possible impact by the "dry law" (prohibition law) in attendance to victims of traffic accidents in an emergency unit. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 jan-mar [cited 2016 Out 10];17(1):54-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100008
40. Molina PE, Katz PS, Souza-Smith F, Ford SM, Teng SX, Dodd TY et al. Alcohol's Burden on Immunity Following Burn, Hemorrhagic Shock, or Traumatic Brain Injury. *Alcohol Research: Current Reviews* [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 17];37(2):263-278. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26695749>
41. Duke JM, Boyd JH, Rea S, Randallb SM, Wood FM. Long-term mortality among older adults with burn injury: a population-based study in Australia. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2015 apr [cited 2016 Out 19];93(6):400-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450710/>
42. Rowley-Conwy G. Management of major burns in the emergency department. *Nursing Standard* [Internet]. 2013 apr [cited 2016 Out 28];26(24):62-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705258>
43. Cassileth B, Gubili J. *Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. International Association for the Study of Pain, Seattle, 2010. 401 p.
44. Lohman D, Schleifer R, Amon, JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Medicine* [Internet]. 2010 jan [cited 2016 Out 18];8(8):1-9. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-8>

45. World health organization. Cancer pain relief. 2. ed. Genebra, 1996, 63p.
46. Nogueira MF, Lima JP, Henriques MERM, Freire RMH, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Pain: identifying methods of evaluation and describing the nursing care Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2012 jul [cited 2016 Out 17];6(7):1556-65. Available from: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/7205/0>
47. Mahar PD, Wasiak J, O'loughlin CJ, Christelis N, Arnold CA, Spinks AB et al. Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: A systematic review. Burns [Internet]. 2012 oct [cited 2016 Out 26];38(2):147-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032806>

5.2 ARTIGO II

A MÚSICA É EFICAZ PARA O ALÍVIO DA DOR EM VÍTIMAS DE QUEIMADURAS?

Lidiane Souza Lima⁹
 Viviane Oliveira de Sousa Correia¹⁰
 Tycianne Karoline Garção Nascimento¹¹
 Bárbara Jeane Pinto Chaves¹²
 José Rodrigo Santos Silva¹³
 José Antonio Barreto Alves¹⁴
 Daniele Vieira Dantas¹⁵
 Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro¹⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o efeito da música na dor de vítimas de queimaduras durante a troca do curativo.

Métodos: pesquisa aplicada, descritiva, exploratória e quantitativa, realizada em uma Unidade de Tratamento de Queimados, no período de outubro de 2015 a abril de 2016. Participaram do estudo 16 vítimas de queimaduras que foram dividida em grupos: A: ouviu música antes do curativo; B: ouviu música durante o curativo; C: não ouviu música.

Resultados: a média de idade foi de 31,8 anos ($\pm 14,1$) e a maioria dos sujeitos era do gênero masculino. Membros inferiores e tronco foram as partes do corpo mais atingidas, sobretudo com queimaduras de 2º grau e que acometeram em média 15,8% ($\pm 11,5$) da superfície corporal. Houve predomínio do gênero musical gospel (50,0%). A música reduziu as médias da frequência cardíaca e saturação de oxigênio, mas não alterou a frequência ventilatória. Observou-se declínio da média da intensidade da dor nos grupos GB ($p = 0,0505$ e GC ($p = 0,0055$). Durante o curativo, a queimação foi característica unânime para todos os sujeitos, do mesmo modo que o relato verbal como forma de manifestação.

⁹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Guanambi. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

¹⁰ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Voluntária do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

¹¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Bolsista do Programa de Educação Tutorial de Enfermagem (PET-Enfermagem).

¹² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde; Enfermagem materna, neonatal e do lactente; Enfermagem do Trabalho; Saúde da Família.

¹³ Estatístico. Doutor em Biometria e Estatística Aplicada. Professor Adjunto do Departamento de Estatística e Ciências Atuariais da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

¹⁴ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

¹⁵ Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de Pós-doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Vice-líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisa em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (NEPET)/CNPq.

¹⁶ Enfermeira. Doutora em Ciência da Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Conclusão: a música demonstrou ser um recurso terapêutico simples e efetivo no controle da dor em vítimas de queimaduras.

Keywords: Queimaduras; Música; Dor.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial [1] e trata-se de um sintoma frequente em vítimas de queimaduras [2-4]. Nesse caso, a dor advém da própria lesão tissular, do processo inflamatório subsequente [2-3] e dos procedimentos necessários para o tratamento das feridas [4-8]. Assim, as trocas de curativo representam fontes importantes de dor e são consideradas o momento mais doloroso do tratamento [4-5,8]. Além disso, a dor relaciona-se também com o estresse pós-traumático e outros transtornos emocionais [5].

Apesar dos avanços científicos dos últimos anos, o controle do fenômeno doloroso em vítimas de queimaduras continua inadequado [2-4,9]. A má gestão da dor diminui a adesão terapêutica e a confiança na equipe de saúde, além de aumentar a percepção da experiência dolorosa, incidência de dor crônica [2-4,10], depressão e ideação suicida [3,11].

Nessa perspectiva, uma abordagem multidisciplinar é fundamental no tratamento da dor nas queimaduras [4,9,11]. Destaca-se que a terapia farmacológica isolada é insuficiente no controle da dor nesse tipo de trauma [7]. Por isso, as terapias não farmacológicas são recomendadas em *guidelines* americanos e europeus [10], uma vez que agem de diversas maneiras no organismo. [9,12].

Pelas características do processo de trabalho, a equipe de enfermagem permanece mais tempo próximo ao paciente, o que lhe confere a possibilidade de melhor avaliar a dor e aplicar técnicas de alívio, farmacológicas ou não [13-14]. São várias as possibilidades de intervenções de enfermagem no controle da dor [15], dentre elas a utilização da música [16-17].

A música tem várias aplicabilidades como terapia complementar [16,18-19], com destaque para o controle do estresse, ansiedade e dor [16], além de representar uma estratégia para a humanização da assistência [16-17]. Essa técnica simples e facilmente aplicada pelos profissionais [20-21] ajuda a regular o humor, a depressão e o sono e transmite sensação de paz, descontração, relaxamento, bem-estar, conforto, diminuição da tensão ou segurança. [22-24].

Sabe-se que vítimas de queimaduras experimentam demasiada dor, desconforto e tensão durante as trocas de curativos. Além disso, os tratamentos farmacológicos isolados não são capazes de controlar essas experiências desagradáveis, portanto a necessidade de introduzir novas modalidades terapêuticas no cuidado a esses pacientes. Por isso, a relevância de se conhecer o papel da música no manejo da dor nessa população. Assim, o objetivo do estudo é descrever o efeito da música na dor de vítimas de queimaduras durante a troca do curativo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa e amostragem por conveniência, realizada na Unidade de Tratamento de Queimados de um hospital público do nordeste brasileiro, no período de outubro de 2015 a abril de 2016.

Foram incluídos na amostra 16 vítimas de queimaduras que estavam entre o primeiro e terceiro dia de troca dos curativos no leito hospitalar de internação pela equipe de enfermagem, sem o uso de anestésicos locais. Idade igual ou superior a 12 anos, escore na

Escala de Coma de Glasgow igual a 15 e uso da analgesia de rotina da referida unidade cerca de trinta minutos antes da troca dos curativos também foram critérios de inclusão.

Excluíram-se da amostra aqueles com comunicação verbal prejudicada, alteração cognitiva ou da acuidade auditiva, queimaduras em pavilhão auricular, dificuldade em compreender a escala visual numérica de mensuração da dor ou uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central.

Os pacientes foram randomizados em três grupos: Grupo A (GA) – ouviu música por cerca de trinta minutos antes do curativo; Grupo B (GB) – ouviu música durante a troca do curativo, não sendo o tempo inferior a 30 minutos; Grupo Controle (GC) – não ouviu música. Destaca-se que as músicas utilizadas nesse estudo foram selecionadas pelos próprios pacientes e aplicadas por meio de fones de ouvido individuais.

Em seguida à administração dos analgésicos, os pacientes foram questionados sobre a presença da dor, sua intensidade e padrão de qualidade naquele momento, além disso foram verificadas as frequências cardíaca e respiratória e a saturação de oxigênio. Os mesmos questionamentos foram feitos logo após o término do curativo, dessa vez, se referiam à dor durante e após o referido procedimento. Os parâmetros fisiológicos foram reavaliados nesse momento.

Para avaliação da dor e suas manifestações, utilizou-se a escala visual numérica e as características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, definidas pela taxonomia II da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA)[25].

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e interpretados com base na estatística descritiva e nos seguintes testes de hipóteses: *Wilcoxon* e *Kruskal-Wallis*, ambos testes não paramétricos, utilizados para comparação entre duas e três médias, respectivamente. Empregou-se o Teste Exato de *Fisher* para comparar variáveis categóricas. Adotou-se, nesse estudo, nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa atendeu aos critérios dispostos na Resolução 466/2012 [26] e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob a CAAE nº 44587415.4.0000.5546. A participação dos sujeitos no estudo condicionou-se a sua autorização prévia por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A média de idade geral do estudo foi de 31,8 anos ($\pm 14,1$) e variou entre os grupos da pesquisa (GA: \bar{x} 26,2, $\pm 13,4$; GB: \bar{x} 35,3, $\pm 13,9$; GC: \bar{x} 32,0, $\pm 16,0$). Enquanto a média para a superfície corporal queimada (SCQ) foi de 15,8% ($\pm 11,5$), com flutuação de 17,5% ($\pm 3,5$) no GA; 11,5% ($\pm 4,0$), no grupo GB; e 19,2% ($\pm 18,2$), no grupo GC.

A maioria dos sujeitos foi do gênero masculino (62,5%) e não houve homogeneidade no número de representantes de cada gênero nos três grupos. Os seguimentos corporais mais atingidos foram os membros inferiores (68,8%) e o tronco (56,2%), porém observa-se que, no GA, os membros superiores (75,0%) predominaram em relação ao tronco (50,0%) e, no GC, o segmento cabeça e pescoço (83,3%) sobressaiu em detrimento dos membros inferiores (33,3%). A quase totalidade da amostra (93,8%) apresentou queimadura de segundo grau. Para apenas um paciente havia registro, no prontuário, de queimaduras de graus variados – primeiro e segundo (Tabela 1).

As preferências musicais dos participantes concentram-se, principalmente, nos gêneros religiosa/gospel (50,0%), *sofrência* – ritmo popular brasileiro – (37,5%) e forró (31,2%), embora a música religiosa/gospel não tenha sido apontada por nenhum dos sujeitos do GA, assim como o forró para o GC (Tabela 1).

Tabela 1. Gênero, características das lesões e preferências musicais de vítimas de queimaduras atendidas em Unidade de Tratamento de Queimados. Aracaju, SE, Brasil, 2016.

Variável	GA	GB	GC	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Gênero				
Feminino	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (37,5)
Masculino	4 (100,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	10 (62,5)
Parte do corpo atingida				
Cabeça e Pescoço	2 (50,0)	0 (0,0)	5 (83,3)	7 (43,8)
Tronco	2 (50,0)	3 (50,0)	4 (66,7)	9 (56,2)
Membros superiores	3 (75,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	8 (50,0)
Membros inferiores	4 (100,0)	5 (83,3)	2 (33,3)	11 (68,8)
Genitália	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (6,2)
Profundidade da lesão				
1º grau	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (6,2)
2º grau	3 (75,0)	6 (100,0)	6 (100,0)	15 (93,8)
3º grau	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,2)
Gênero musical				
Clássica/Instrumental	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (6,2)
Gospel/Religiosa	0 (0,0)	3 (50,0)	5 (83,3)	8 (50,0)
Axé/Pagode/Samba	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (12,5)
Sertanejo	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (12,5)
Forró	3 (75,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	5 (31,2)
Sofrência	2 (50,0)	3 (50,0)	1 (16,7)	6 (37,5)
Música Eletrônica	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (6,2)
Romântica/Brega	1 (25,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (18,8)

Quanto aos parâmetros fisiológicos, observou que nos grupos em que os sujeitos foram expostos à música, houve redução da média da frequência cardíaca quando comparados os períodos anterior e posterior ao curativo. No entanto, no grupo controle, esse efeito não pôde ser observado. Por outro lado, a média da saturação do oxigênio aumentou nos grupos expostos à terapia com música e reduziu no grupo não exposto. A frequência ventilatória comportou-se de maneira semelhante em todos os sujeitos da pesquisa, isto é, ocorreu aumento do valor da média (Tabela 2).

Tabela 2. Parâmetros fisiológicos de vítimas de queimaduras no período próximo à realização do curativo diário. Aracaju, SE, Brasil, 2016.

Variável	Antes	Durante	Depois	P-valor
	\bar{x} (\pm)	\bar{x} (\pm)	\bar{x} (\pm)	
Grupo A				
Frequência Cardíaca	98,8 (21,7)	-	94,8 (10,1)	1,0000 ^b
Frequência Ventilatória	15,8 (3,9)	-	16,5 (3,4)	0,7715 ^b
Saturação de Oxigênio	97,8 (1,3)	-	98,5 (1,0)	0,3529 ^b
Intensidade da dor	4,0 (3,4)	4,8 (2,8)	0,8 (1,5)	0,1255 ^a
Grupo B				
Frequência Cardíaca	97,8 (14,2)	-	91,3 (16,0)	0,8723 ^b
Frequência Ventilatória	17,8 (2,0)	-	18,7 (1,8)	0,5105 ^b

Saturação de Oxigênio	94,0 (6,0)	-	95,2 (6,1)	0,6248 ^b
Intensidade da dor	2,0 (1,9)	5,7 (2,9)	1,7 (1,9)	0,0505 ^a
Grupo C				
Frequência Cardíaca	98,0 (12,0)	-	104,3 (16,5)	0,6304 ^b
Frequência Ventilatória	15,7 (2,8)	-	16,5 (2,3)	0,5662 ^b
Saturação de Oxigênio	97,8 (1,2)	-	97,0 (3,1)	1,0000 ^b
Intensidade da dor	2,8 (4,0)	8,0 (2,38)	0,7 (1,6)	0,0055 ^a

^a Kruskal-Wallis; ^b Wilcoxon

Em relação à ocorrência de dor, no período que antecedeu o curativo, a maioria dos participantes a referiu (62,5%), exceto no GC, em que a experiência foi referida apenas por metade da amostra. Em contrapartida, no momento posterior ao procedimento, a dor foi experimentada pela minoria dos participantes (37,5%), com exceção do GB, no qual a maior parte dos sujeitos permaneceu com dor (66,7%). Ressalta-se que, durante o procedimento, houve unanimidade no relato do fenômeno doloroso (Tabela 3).

De maneira geral, as médias da intensidade da dor reduziram, independente do grupo de pesquisa, quando comparados os períodos anterior e posterior ao curativo, apesar de terem aumentado durante o procedimento. No grupo exposto à música somente antes do curativo (GA), a redução da intensidade da dor não foi significativa ($p = 0,1255$), porém para o grupo não exposto (GC) e aquele em que houve escuta musical durante o procedimento, pode-se considerar significância estatística ($p = 0,0055$ e $p = 0,0505$, respectivamente) (Tabela 2). Além da média de intensidade da dor, foi possível também classificá-la como ausente, leve, moderada e intensa (Tabela 3).

A qualidade da dor é um parâmetro com pouca variabilidade entre os períodos. O grupo que ouviu música antes do curativo (GA) e aquele que não ouviu música a qualificaram (GC), sobretudo, como latejante e queimação, enquanto beliscão e queimação foram as expressões mais utilizadas pelos pacientes que ouviram música durante o curativo (GB). Destaca-se que, no grupo controle (GC), a característica queimação esteve significativamente associada a todos os períodos da pesquisa ($p = 0,118$) (Tabela 3).

Observou-se que, diferente da qualidade, as formas de manifestação da dor variaram entre os períodos, no entanto o autorrelato esteve presente em todos os grupos e momentos. Além do autorrelato, no período que antecedeu o curativo, a expressão facial (25,0%) e rigidez muscular (25,0%) destacaram-se no GA. No GB, a posição de alívio foi a manifestação mais observada (50,0%), enquanto que, no GC, também sobressaiu a expressão facial (33,3%) (Tabela 3).

Durante o curativo, independentemente do grupo de pesquisa a que pertenciam, todos os sujeitos manifestaram a dor por meio do relato verbal. A expressão facial também apareceu com frequência (GA: 50,0%; GB: 83,3%; GC: 100,0%). Destaca-se que, no período pós-procedimento, a posição de alívio merece notoriedade, sobretudo nos grupos GA (25,0%) e GB (50,0%) (Tabela 3).

No entanto, quando comparados os três períodos da pesquisa, em cada grupo individualmente, nenhuma características definidoras sofreu influência da música no GA. Por outro lado, sugere-se que ouvir música durante a troca do curativo influenciou a manifestação da dor por meio da expressão facial ($p = 0,0181$) e da rigidez muscular ($p = 0,0021$) no GB. Além disso, o fato de não ouvir música interferiu na demonstração da dor pelo relato verbal ($p = 0,0210$) e expressão facial ($p = 0,0021$) no GC.

movimento, durante os procedimentos, no pós-operatório e ainda podem ter os episódios dolorosos agravados de maneira inesperada [2-3,8].

Sabe-se que todas as vítimas de queimaduras experimentam dor, de maior ou menor intensidade, independentemente do tamanho e profundidade da lesão. Queimaduras múltiplas [29] e superficiais [10] costumam ser mais dolorosas, enquanto a região cabeça/face/pescoço, quando acometidas, incitam menos dor [29]. Nesse estudo, encontrou-se que a maioria dos sujeitos era considerado médio queimado e teve queimadura de segundo grau e os membros inferiores e tronco foram os segmentos corporais mais atingidos.

A música é um recurso não farmacológico muito utilizado para o controle da dor e humanização da assistência, nos diversos cenários da saúde [16,18-19,21]. Trata-se também de um recurso que considera a integralidade e singularidade do ser e favorece sua participação ativa no processo do cuidado [30-31]. Nessa perspectiva, a tomada de decisão sobre o tipo de música e melhor momento para a terapia é uma responsabilidade compartilhada entre enfermeiro e paciente [32].

No presente estudo, a preferência musical correspondeu, principalmente, ao gênero gospel. É possível que a condição de vulnerabilidade no estado de saúde tenha aumentado a crença religiosa e propiciado tal escolha. Em contrapartida, os gêneros *sofrência* e *forró* também mereceram destaque, o que pode ser justificado pela cultura nordestina dos participantes.

Observou-se que a música foi capaz de reduzir a média da frequência cardíaca e aumentar a média da saturação de oxigênio nos grupos expostos, mas não interferiu na frequência ventilatória. Ghezeljeh (2015), em seu estudo, não encontrou diferença estatística na frequência cardíaca entre os grupos exposto e não exposto, mas o fez para a frequência ventilatória [20]. É comum que pacientes com dor tenham disfunção dos sinais vitais, como taquicardia e taquipneia [33], mas também há possibilidade de essa associação não ser verdadeira ou ser fraca [34], o que pode justificar a falta de significância estatística nesse estudo.

Quando comparados os períodos anterior e posterior à realização do curativo, independente da exposição à música, houve inversão da proporção de sujeitos com e sem dor. Além disso, a média da intensidade da dor também diminuiu em todos os grupos, mesmo no GB, em que a maioria dos sujeitos permaneceu com dor após o curativo. Essa redução foi significativa no grupo exposto à música durante o curativo (GB) e naquele não exposto (GC). É possível que a limpeza da lesão, como remoção de exsudatos e debris, e a troca das coberturas melhorem o ambiente do leito da ferida e protejam as terminações nervosas expostas. Por isso, a intensidade da dor após o curativo tenha diminuído independentemente da intervenção musical.

Cole & LoBiondo-Wood (2014), em uma revisão sistemática da literatura, encontraram evidências para o uso da música como adjuvante no controle da dor em pacientes hospitalizados [21]. No geral, a música é capaz de reduzir significativamente a intensidade da dor no grupo exposto [20, 35-36]. No entanto, quando comparados os grupos (exposto e não exposto), a diferença entre eles pode ser [20] ou não significativa [37-38].

Durante a troca do curativo, a dor foi considerada moderada ou intensa pela maioria dos sujeitos, mas no grupo controle (GC) mereceu destaque pela significância estatística. Isso ratifica a premissa de que as trocas de curativos causam dor intensa [4-5,7-8], não raro, semelhante àquela do momento do trauma [7-8]. É possível que a exposição das terminações nervosas e a manipulação dos tecidos inflamados sejam explicações para esse fato.

A música influenciou moderadamente a percepção da experiência dolorosa no tocante a suas características. Nesse sentido, “queimação” foi um atributo frequente em todos os grupos da pesquisa, em consonância com outros estudos [8,39]. “Fina” [4] e “intensa” [4,28] também são expressões utilizadas para caracterizar a dor nas queimaduras, por vezes,

acompanhadas de “prurido” [39]. É preciso que os profissionais compreendam e interpretem adequadamente as expressões utilizadas pelos pacientes representar a dor que sentem.

Os indivíduos podem evidenciar a dor de diversas maneiras [25]. Nesse estudo, a despeito da escuta musical, a principal forma encontrada pelos sujeitos para manifestar a dor foi o relato verbal, mas a expressão facial, rigidez muscular e posição de alívio também mereceram destaque de acordo com o momento da pesquisa em relação à troca do curativo. Gemência, choro, distúrbio do sono e mudança do apetite também caracterizam a dor em vítimas de queimaduras [15,40-41]. Dores moderadas a intensas tendem a ser manifestadas por características mais evidentes ou enfáticas da sua presença. Considera-se que relato verbal, expressão facial e rigidez muscular contemplam essas características.

Vale ressaltar ainda que a dor pode interferir na satisfação de outras necessidades humanas como sono e mobilidade física [15,41], além de fomentar um ciclo-vicioso com a ansiedade [40-42], que por sua vez, influenciam negativamente no processo de recuperação e reabilitação.

Esse estudo teve como limitação o tamanho da amostra. Além disso, devido à natureza da intervenção e ao direito do participante em conhecer o objetivo da pesquisa não foi exequível o mascaramento. Ademais, não foi possível isolar os sujeitos de fatores confundidores de intervenção, tais como contato visual e verbal com o profissional de enfermagem que realizava o curativo, o que porventura pode ter desviado a atenção da música.

CONCLUSÃO

A música demonstrou ser um recurso terapêutico simples e efetivo no controle da dor em vítimas de queimaduras, uma vez que auxiliou no controle dos sinais vitais, na inversão da proporção de sujeitos com dor, quando comparados os períodos anterior e posterior à troca do curativo, e na redução da média da intensidade do fenômeno doloroso. No entanto, a música influenciou parcialmente a caracterização da dor, bem como as formas de manifestá-la.

As dores das queimaduras, quando não tratadas adequadamente, podem cronicar, o que causa grandes prejuízos à vida biopsicossocial e espiritual de suas vítimas por longos períodos. Por isso, é essencial a aquisição de novos conhecimentos sobre formas de manejo eficiente da dor que possam prevenir danos a curto e longo prazos e melhorar a qualidade de vida das vítimas de queimaduras.

Fazem-se necessários novos estudos que enfoquem a utilização da música como recurso para o alívio da dor nessa população, a fim de consolidar os achados, aprimorar as formas de utilização e garantir segurança na aplicação.

REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain, 2. ed., IASP Task Force on Taxonomy, Seattle, 1994, p. 209-14. [cited 2016 may 26] Available from: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576%20-%20Pain>
2. Castro RJA, Leal PC, Sakata, RK. Tratamento da dor em queimados. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2013 jan-feb [cited 2016 set 20];63(1):149-58. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000100013
3. Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. Burns [Internet]. 2009 jun [cited 2016 set 18];35(7):921-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505764>

4. Mendoza A, Santoyo FL, Agulló A, Fenández-Cañamaque JL, Vivó C. The management of pain associated with wound care in severe burn patients in Spain. *Int J Burn Trauma* [Internet]. 2016 jan [cited 2016 set 21];6(1):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749394/>
5. Iurk LK, Oliveira AF, Gagnani A, Ferreira LM. Evidências no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2016 set 18];9(3):95-9. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/42/pt-BR>
6. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Novaes VR, Lima JS. Analysis of the behavior of children victims of burnings during surgical dressing without anesthetic drugs in infirmary. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* [Internet]. 2009 dec [cited 2016 set 20];19(3):369-82. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000300003
7. Silva A, Machado R, Simões V, Carrageta MC. Virtual reality therapy and the burn patient: reduction of pain in the wound care - A integrative literature review. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2015 [cited 2016 set 19];14(1):35-42. Available from: <http://rbqueimaduras.org.br/details/241/pt-BR>
8. Yuxiang L, Lingjun Z, Lu T, Mengjie L, Xing M, Fengping S et al. Burn patients experience of pain management a qualitative study. *Burns* [Internet]. 2012 nov [cited 2016 set 18];38(2):180-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079543>
9. Pérez-Ruvalcaba I, Sánchez-Hernández V, Mercado-Sesma AR. Effect of a combined continuous and intermittent transcutaneous electrical nerve stimulation on pain perception of burn patients evaluated by visual analog scale: a pilot study. *Local and Regional Anesthesia* [Internet]. 2015 dec [cited 2016 set 18];8(3):119-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687985/>
10. Gamst-Jensen H, Vedel PN, Lindberg-Larsen VO, Egerod I. Acute pain management in burn patients: Appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. *Burns* [Internet]. 2014 sep [cited 2016 set 21];40(8):1463-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25277698>
11. Mahar PD, Wasiak J, O'loughlin CJ, Christelis N, Arnold CA, Spinks AB et al. Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: A systematic review. *Burns* [Internet]. 2012 oct [cited 2016 set 23];38(2):147-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032806>
12. CASSILETH, Barrie; GUBILI, Jyothirmai. Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor. In: *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. International Association for the Study of Pain, Seattle, 2010. 401 p.
13. Gómez-Torres D, Maldonado-González V, Reyes-Robles B, Muciño-Carrera AL. The nurse's humanistic functioning in relation to the pain of the child patient with burns. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 apr-jun [cited 2016 set 20];19(2):246-53. Available

from: https://www.researchgate.net/profile/Danelia_Gomez-Torres/publication/273026440_ATUACAO_HUMANIZADA_DA_ENFERMEIRA_DIANTE_A_DOR_DO_PACIENTE_INFANTIL_QUEIMADO/links/56ec146d08aee4707a384f97.pdf?origin=publication_list

14. Silva BA, Ribeiro FA. Participation of the nursing team in pain management of burned patients. Rev Dor [Internet]. 2011 oct-dec [cited 2016 sep 22];12(4):342-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000400011
15. Freitas MC, Mendes MMR. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 may-jun [cited 2016 set 20];59(3):362-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300021
16. Taets GGC, Barcellos LRM. Music in daily care: a therapeutic resource for nursing. R. pesq.: cuid. fundam. online [Internet]. 2010 [cited 2016 set 19];2(3):1009-16. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/639/pdf_37
17. Leão ER. Música, Salud y Enfermaría. Index de enfermaría [Internet]. 2014 jun [cited 2016 set 16];23(1):5-6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014001100001
18. Nóbrega ED, Sousa MNA. Music in nursing care: evidence-based results. InterScientia [Internet]. 2013 sep [cited 2016 set 19];1(3):103-14. Available from: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/227>
19. Oliveira MF, Oselame GB, Neves EB, Oliveira EM. Music therapy as a therapeutic tool in health care: a systematic review. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [Internet]. 2014 [cited 2016 set 21];12(2):871-8. Available from: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1739>
20. Ghezeljeh TN, Ardebili FM, Rafii F, Haghani H. The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial. Journal of Burn Care & Research [Internet]. 2015 jul-aug [cited 2016 set 22];37(4):226-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132048>
21. Cole LC, Lobiondo-Wood G. Music as an Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review. Pain Management Nursing [Internet]. 2014 oct [cited 2016 set 18];15(1):406-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107431>
22. Tabarro CS, Campos LB, Galli NO, Novo NF, Pereira VM. Effect of the music in labor and newborn. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2016 set 18];44(2):445-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/29>
23. Araújo TC, Silva LWS. Music: a care strategy for patients in intensive care unit. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 may [cited 2016 set 20];7(5):1319-25. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6060

24. Freitas LA, Azevedo EB, Costa LFP, Cordeiro RC, Silva G, Ferreira Filha MO. Music therapy as an additional therapeutic modality for users in situation of psychic suffering. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2013 dec [cited 2016 set 28];7(12):6725-31. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2950/pdf_4075
25. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015. 488p.
26. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF; 2013. [cited 2016 Out 26] Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
27. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. Burn pain: terrible for the ones who feel, stressful for the ones who care. *Rev.latino-am.enfermagem* [Internet]. 2000 jul [cited 2016 set 17];8(3):18-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>
28. Small C, Stone R, Pilsbury J, Bowden M, Bion J. Virtual restorative environment therapy as an adjunct to pain control during burn dressing changes: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2015 aug [cited 2016 set 17];16(329):5-16. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0878-8>
29. Singer AJ, Beto L, Singer DD, Williams J, Thode Júnior HC, Sandoval S. Association between burn characteristics and pain severity. *American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2015 may [cited 2016 sep 19];33(9):1229–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168699>
30. Fonseca KC, Barbosa MA, Silva DG, Fonseca KV, Siqueira KM, Souza MA. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 2006 [cited 2016 set 28];8(3):398-403. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a10.htm
31. Silva AS, Fava SMCL, Nascimento MC, Ferreira CS, Marques NR, Alves SM. Therapeutic effect of music on chronic renal failure patients in hemodialysis. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2008 jul-sep [cited 2016 sep 20];16(3):382-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a14.pdf>
32. Andrade RLP, Pedrão LJ. Some considerations about nurses' use of non traditional therapies in psychiatric nursing care. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2005 sep-oct [cited 2016 set 18];13(5):737-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500019
33. Bendall JC, Simpson PM, Middleton PM. Prehospital vital signs can predict pain severity: analysis using ordinal logistic regression. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2011 dec [cited 2016 set 20];18(6):334-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21407079>

34. Dayoub EJ, Jena AB. Does pain lead to tachycardia? Revisiting the association between self-reported pain and heart rate in a national sample of urgent emergency department visits. *Mayo Clin Proc.* [Internet]. 2015 aug [cited 2016 set 17];90(8):1164-9. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943867/>
35. Tan X, Yowler CJ, Super DM, Fratianne RB. The Efficacy of Music Therapy Protocols for Decreasing Pain, Anxiety, and Muscle Tension Levels During Burn Dressing Changes: A Prospective Randomized Crossover Trial. *Journal of Burn Care & Research* [Internet]. 2010 jul-aug [cited 2016 set 21];31(4):590-7. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20498613>
36. Korhan EA, Uyar M, Eyigör C, Yönt GH, Çelik S, Khorshid L. The Effects of Music Therapy on Pain in Patients with Neuropathic Pain. *Pain Management Nursing* [Internet]. 2014 jan [cited 2016 set 17];15(1):306-14. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23375348>
37. Kahar NABA, Singaram K, Tay YB, Koh KX. A Pilot Study of the Effects of Music Listening for Pain Relief among Burns Patients. *Proceedings of Singapore Healthcare* [Internet]. 2011 [cited 2016 set 17];20(3):162-73. Available from:
<http://psh.sagepub.com/content/20/3/162.full.pdf>
38. Finlay KA, Wilson JA, Gaston P, Al-Dujaili EAS, Power I. Post-operative pain management through audio-analgesia: Investigating musical constructs. *Psychology of Music* [Internet]. 2016 mar [cited 2016 set 19];44(3):493-513. Available from:
<http://pom.sagepub.com/content/early/2015/04/01/0305735615577247.abstract>
39. Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, Green PG, Levine JD. Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain* [Internet]. 2007 jul [cited 2016 set 17];8(7):533-48. Available from:
<http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoo/departments/surgery/divisions/GITES/burn/Documents/Burn%20Injury%20Pain.pdf>
40. Barichello E, Silva MCV, Barbosa MH, Iwamoto HH. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimadura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010 oct [cited 2016 set 19];(20):1-8. Available from:
http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_revision3.pdf
41. Meneghetti RAS, Rossi LA, Barruffini RCP, Dalri MCB, Ferreira E. Planning care for burn victims: relation between registered problems and the care prescribed. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [cited 2016 set 19];39(3):268-79. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/04.pdf>
42. Barbosa HM, Silva Júnior FJG, Lima LAA. Nursing care provided to patients burned: integrative review. *Revista Ciência & Saberes* [Internet]. 2015 ago-oct [cited 2016 set 17];1(1):65-9. Available from:
<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/5>

6 CONCLUSÃO

Os homens jovens, solteiros, pardos e ativos economicamente são os principais acometidos pelas queimaduras, as quais ocorrem sobretudo no domicílio, aos domingos e nos turnos manhã e noite, além de terem o álcool como agente etiológico predominante. As lesões de segundo grau e que atingem os membros inferiores são maioria. A dor foi um sintoma frequente nessa população e todos pacientes receberam analgesia na unidade de emergência, com destaque para a dipirona e o tramadol.

A música demonstrou ser um recurso não farmacológico efetivo para o alívio da dor, uma vez que auxiliou no controle dos sinais vitais, na inversão da proporção de sujeitos com dor, quando comparados os períodos anterior e posterior à troca do curativo, e na redução da média da intensidade do fenômeno doloroso. Independentemente da escuta música, a dor foi caracterizada, principalmente, como queimação, latejante e beliscão. O relato verbal, a expressão facial de dor e a rigidez muscular foram as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “dor aguda” que predominaram no estudo.

Diante do exposto, é evidente a necessidade urgente do estabelecimento e/ou efetivação de políticas públicas intersetoriais que visem a prevenção desse tipo de trauma em todos os públicos, por meio de medidas educativas e legislativas, tais como campanhas de prevenção; educação em saúde nas unidades básicas de saúde, escolas, clubes, *shoppings* e outros espaços abertos; e fiscalização e punição da fabricação, distribuição e venda irregular de álcool etílico.

Devido ao sofrimento agudo e crônico causado às vítimas pelas queimaduras, é crucial que os profissionais da saúde compreendam a dor como um sintoma frequente nessa população e que pode interferir negativamente na recuperação/reabilitação. Por isso, o fenômeno doloroso demanda terapias adjuvantes no seu manejo, além da administração de analgésicos isolada. Nesse estudo, acredita-se que a música melhorou a qualidade da assistência às vítimas de queimaduras internadas, bem como contribuiu para a humanização da assistência de saúde prestada.

Recomenda-se a realização de novos estudos que busquem aprimorar o conhecimento sobre a temática, divulgar nas maneiras de utilização, além de garantir a segurança na aplicabilidade da terapia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo sobre o manejo da dor em vítimas de queimaduras durante a troca de curativos permitiu à pesquisadora adquirir olhar diferenciado frente o paciente com dor, com consequente, adoção de postura profissional mais efetiva e humanizada. No entanto, não deixou de existir a frustração de perceber que a dor é considerada normal e esperada em vítimas de queimaduras, por isso, muitas vezes, é negligenciada. Dessa forma, o paciente, alheio aos direitos que possui, fica à mercê dos profissionais de saúde e não tem sua dor adequadamente tratada.

Uma das limitações encontradas foi a adesão dos profissionais de saúde em colaborar com a pesquisa no sentido de promover um ambiente terapêutico adequado para a aplicação da música, mesmo após terem sido esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. Isso aumentava ainda mais a frustração, uma vez que se percebia a falta de interesse de alguns profissionais em reinventar o cuidado prestado na rotina diária.

Conquanto, almeja-se que a realização da pesquisa nessa Unidade de Tratamento de Queimados tenha despertado a importância de se iniciar uma mudança de cultura assistencial que, apesar de árdua e duradoura, traga resultados satisfatórios, sobretudo para os pacientes. Ademais, espera-se que novos estudos com objetivos semelhantes sejam realizados e que também sirvam como força motriz para um atendimento humanizado e de qualidade para as vítimas de queimaduras.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, C. R. et al. Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago. **Rev Med Chile**, Santiago, v. 141, n. 2, p. 181-6, 2013.
- ALLRED, K. D.; BYERS, J. F.; SOLE, M. L. The Effect of Music on Postoperative Pain and Anxiety. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 11, n 1, p. 15-25, 2010.
- ALMEIDA, F. F. et al. Experiência de Dor e Variáveis Psicossociais: o Estado da Arte no Brasil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 367-76, 2010.
- ANDRADE, L. M. M.; NEVES, R. S. Dor como 5º sinal vital: avaliação e reavaliação em uma unidade de oncologia pediátrica. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 95-104, 2013.
- ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.737-42, 2005.
- ARAÚJO, T. C. et al. Uso da música nos diversos cenários do cuidado: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 96-106, 2014.
- ARAÚJO, T. C.; SILVA, L. W. S. Música: estratégia cuidativa para pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1319-25, 2013.
- BARBOSA, H. M.; SILVA JÚNIOR, F. J. G.; LIMA, L. A. A. Assistência de enfermagem prestada a pacientes queimados: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saberes**, Maranhão, v. 1, n. 1, p.65-9, 2015.
- BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; PEREIRA, R. A. M. Avaliação da experiência de dor pós-operatória em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 470-7, 2011.
- BARÉA, J. O.; PRESTES, M. A. Queimados. In: SOUZA, M. H. S. de. **Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 4ª Ed. Curitiba: Divulgação cultural, 2015.
- BARICHELLO, E. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimadura. **Enferm. glob.** [online]. n. 20, 2010.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. especial, p. 864-7, 2009.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-42, 2009.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Visita musical: estratégia terapêutica fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niteroi, v. 7, n. 1, 2008.

BOLGIANI, A. N.; SERRA, M. C. V. F. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Rev. Bras. Queimaduras**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 38-44, 2010.

BOURKE, P; BISON, A. V. F. A importância do resfriamento da queimadura no atendimento pré-hospitalar. **Rev. Bras. Queimaduras**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 31-4, 2015.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA; R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.19, n. 2, p. 283-90, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção 1, p. 179.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2.ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares.pdf. Acesso em: 20 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília, DF, 2013.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>.

Acesso em: 30 maio 2016.

BULECHEK, G. M. et al. **Nic - Classificação Das Intervenções de Enfermagem**. 6ª ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2016.

CABALLERO, C. M. et al. El alivio del dolor: un derecho humano universal. **Rev Soc Esp Dolor**, Madri, v. 22, n. 5, p. 224-30, 2015.

CABULON, E. A. I. C. et al. Quality of life of individuals treated in na outpatient burn treatment centre: Application of the BSHS-R. **Burns**, Guildford, v. 41, n. 3, p. 528-35, 2015.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação a prática clínica**. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CARVALHO, M. W. A.; NÓBREGA, M.; M. L.; GARCIA, T. R. Processo e resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para dor oncológica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1061-8, 2013.

CASSILETH, B; GUBILI, J. Terapêuticas Complementares para a Gestão da Dor. In: KOPF, A.; PATEL, N. B. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. International Association for the Study of Pain, Seattle, 2010. 401 p.

CASTRO, A. N. P. et al. Sentimentos e dúvidas do paciente queimado em uma unidade de referência em Fortaleza-CE. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 159-64, 2013.

CASTRO, R. J. A; LEAL, P. C; SAKATA, R. K. Tratamento da dor em queimados. **Rev Bras Anesthesiol**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 149-158, 2013.

CHIENG, Y. J. S. et al. Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 70, n. 2, 243-55, 2013.

COLE, L. C.; LOBIONDO-WOOD, G. Music as an Adjuvant Therapy in Control of Pain and Symptoms in Hospitalized Adults: A Systematic Review. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 15, n. 1, p. 406-25, 2014.

CONNOR-BALLARD, P. A. Understanding and Managing Burn Pain: Part 1. Pain after burn injury is preventable, and nurses are central to achieving that goal. **AJN**, New York, v. 109, n. 4, p. 48-56, 2009a.

CONNOR-BALLARD, P. A. Understanding and Managing Burn Pain: Part 2. Exploring burn pain management and the psychological aspects of burn pain. **AJN**, New York, v. 109, n. 5, p. 54-62, 2009b.

COSTA, G. O. P.; SILVA, J. A.; SANTOS, A. G. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. **Ciência&Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 146-55, 2015.

CRUZ, B. F.; CORDOVIL, P. B. L.; BATISTA, K. N. M. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 246-50, 2012.

DIAS, L. D. F. et al. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 86-92, 2015.

FLORES, R. A. et al. Dolor y medicina complementaria y acupuntura. **Revista Médica Clínica Las Condes**, Santiago, v. 25, n. 4, p. 636-40, 2014.

FONSECA, K. C. et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, v. 8, n. 3, p. 398-403, 2006.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, p. 12, n. 3, p. 110-7, 2013.

FREITAS, L. A. et al. Musicoterapia como modalidade terapêutica complementar para usuários em situação de sofrimento psíquico. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6725-31, 2013.

FREITAS, M. S. et al. Características epidemiológicas dos pacientes com queimaduras de terceiro grau no Hospital de Urgências de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 18-22, 2015.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 362-6, 2006.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE (FHS). **HUSE**. Aracaju, 2011. Disponível em: < http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=473 >. Acesso em: 28 jul 2016.

GAMST-JENSEN, H. et al. Acute pain management in burn patients: Appraisal and thematic analysis of four clinical guidelines. **Burns**, Guildford, v. 40, n. 8, p. 1463-9, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 629-40, 2012.

GHEZELJEH, T. N. et al. The Effects of Music Intervention on Background Pain and Anxiety in Burn Patients: Randomized Controlled Clinical Trial. **Journal of burn care & research**, Hagerstown, v. 37, n. 4, p.226-34, 2015.

GÓMEZ-TORRES, D. et al. Actuación humanística de la enfermera ante el dolor del paciente infantil quemado. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 246-53, 2014.

GOODMAN, T. Every Nurse Can Provide Effective Pain Management. **AORN Journal**, Denver, v. 101, n. 3, 2015.

GOREN, A. et al. Prevalência da percepção e do tratamento da dor e de seus resultados de saúde em diferentes condições do Brasil. **Rev Dor**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 308-19, 2012.

GREGOLETTI, C. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados ao paciente queimado. **CuidArte enfermagem**, Catanduva, v. 2, n. 1, p. 23-9, 2008.

GUIMARÃES, I. B. A.; MARTINS, A. B. T.; GUIMARÃES, S. B. Qualidade de vida de pacientes com queimaduras internados em um hospital de referência no nordeste brasileiro. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 103-7, 2013.

HAIKONEN, K.; LILLSUNDE, P. M.; VUOLA, J. Inpatient costs of fire-related injuries in Finland. **Burns**, Guildford, v. 40, n. 8, p. 1754-60, 2014.

HARGREAVES, L. H. H.; DANTAS, R. A. N. **Atendimento pré-hospitalar & Múltiplas vítimas/catástrofes**. Águia Dourada: Rio de Janeiro, 2016. 720 p.

HATEM, T. P.; LIRA, P. I. C.; MATTOS, S. S. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 186-92, 2006.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Aspectos Práticos da Prescrição de Analgésicos na Dor do Câncer. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 38-49, 2012.

HOFFMAN, H. G. et al. Virtual Reality as an Adjunctive Non-pharmacologic Analgesic for Acute Burn Pain During Medical Procedures. **Ann Behav Med**, Rockville MD, v. 41, n. 2, p. 183-91, 2011.

IURK, L. K. et al. Evidências no tratamento de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 95-9, 2010.

KOPF, A.; PATEL, N. B. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. International Association for the Study of Pain, Seattle, 2010. 401p.

LEÃO, E. R. Dor Oncológica: A Música Como Terapia Complementar. Música Sacra e Adoração. 2012. Disponível em: <<http://musicaeadoracao.com.br/21635/dor-oncologica-a-musica-como-terapia-complementar/>>. Acesso em: 09 jul 2016.

LEÃO, E. R. Música, Salud y Enfermería. **Index de enfermería**, Granada, v. 23, n. 1, p. 5-6, 2014.

LIMA, O. B. A. et al. A enfermagem e o cuidado à vítima de queimadura: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. (esp), p. 4944-50, 2013.

LOHMAN, D.; SCHLEIFER, R.; AMON, J. J. Access to pain treatment as a human right. **BMC Medicine**, Londres, v. 8, n. 8, p.1-9, 2010.

MAGALHÃES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 646-53, 2013.

MAHAR, P. D. et al. Frequency and use of pain assessment tools implemented in randomized controlled trials in the adult burns population: A systematic review. **Burns**, Guildford, v. 38, n. 2, p. 147-54, 2012.

MARTINEZ, J. E.; GRASSI, D. C.; MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Rev Bras Reumatol**, Campinas, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MELO, G. M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 395-402, 2014.

MENDOZA, A. et al. The management of pain associated with wound care in severe burn patients in Spain. **Int J Burn Trauma**, Madison, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2016.

MENEGHETTI, R. A. S. et al. Planejamento da assistência a pacientes vítimas de queimaduras relação entre os problemas registrados e cuidados prescritos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 268-79, 2005.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage**. Classification of Chronic Pain, 2. ed., IASP Task Force on Taxonomy, Seattle, 1994, p. 209-14. Disponível em: < <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576%20-%20Pain>>. Acesso em: 26 mai 2016.

MORAIS, E. N. et al. Assistência de enfermagem à vítima de queimadura elétrica: uma proposta estratégica. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 144-8, 2011.

MORETE, M. C.; MINSON, F. P. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. **Rev Dor**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 74-80, 2010.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-4, 2011.

NASCIMENTO, L. K. A.; BARRETO, J. M.; COSTA, A. C. S. M. Análise das variáveis grau e porte da queimadura, tempo de internação hospitalar e ocorrência de óbitos em pacientes admitidos em uma Unidade de Tratamento de Queimados. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 256-9, 2013.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**, PHTLS. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 896p.

NAVÁIS, M. S. et al. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. **Enferm Intensiva**, Madrid, v. 24, n. 2, p. 63-71, 2013.

NÓBREGA, É. D.; SOUSA, M. N. A. Música na assistência de enfermagem: resultados baseados em evidências. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p. 103-14, 2013.

NOCITI, J. R. Música e Anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 455-6, 2010.

NOGUEIRA, M. F. et al. Dor: identificando os métodos de avaliação e descrevendo o cuidado de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 6, n. 7, p. 1556-65, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 488p.

NUNES-SILVA, M. et al. A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, n. 2, p. 88-99, 2012.

OLIVEIRA, F. P. S. et al. Análise do comportamento de crianças vítimas de queimaduras expostas a curativo sem sedação em enfermaria. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 369-82, 2009.

OLIVEIRA, M. F. et al. Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: Uma revisão sistemática. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 871-78, 2014.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. Assistência de enfermagem com pacientes queimados. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 31-7, 2012.

PÉREZ-RUVALCABA, I; SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ, V.; MERCADO-SESMA, A. R. Effect of a combined continuous and intermittent transcutaneous electrical nerve stimulation on pain perception of burn patients evaluated by visual analog scale: a pilot study. **Local and Regional Anesthesia**, Auckland, v. 8, n. 3, p. 119-22, 2015.

QUEIROZ, P. R.; LIMA, K. C.; ALCÂNTARA, I. C. Prevalência e fatores associados a queimaduras de terceiro grau no município de Natal, RN – Brasil. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 169-76, 2013.

RAFATI, F. et al. Postoperative pain: management and documentation by iranian nurses. **Mater Sociomed**, Sarajevo, v. 28, n. 1, p. 36-40, 2016.

RAJAGOPAL, M. R. Como Desenvolver um Plano de Tratamento da Dor. In: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh B. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos**. International Association for the Study of Pain, Seattle, 2010. 401p.

REIS, I. F.; MOREIRA, C. A.; COSTA, A. C. S. M. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 114-8, 2011.

RIBEIRO, N. C. A et al. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 146-52, 2011.

RICHARDSON, P.; MUSTARD, L. The management of pain in the burns unit. **Burns**, Guildford, v. 35, n. 7, p. 921-36, 2009.

ROCHA, V. C.; BOGGIO, P. S. A música por uma óptica neurocientífica. **Per Musi**, Belo Horizonte, n. 27, p. 132-40, 2013.

ROSSI, L. A. et al. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 54-9, 2010.

ROSSI, L. A et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2000.

ROWLEY-CONWY, G. Management of major burns in the emergency department. **Nursing Standard**, London, v. 27, n. 33, p. 62-8, 2013.

RUFINO, G. P. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-7, 2012.

SACA, C. S. et al. A dor como 5º sinal vital atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010.

SAKATA, R. K. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 60, n. 6, p. 653-8, 2010.

SANCHEZ, J. L. A. et al. Socio-economic cost and health-related quality of life of burn victims in Spain. **Burns**, Guildford, v. 34, n. 7, p. 975-81, 2008.

SILVA, A. et al. A terapia da realidade virtual e a pessoa queimada redução da dor nos cuidados à ferida – Uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Queimaduras**, Goiania, v. 14, n. 1, p. 35-42, 2015.

SILVA, B. A.; RIBEIRO, F. A. Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 342-8, 2011.

SILVA, L. D. G.; TACLA, M. T. G. M.; ROSSETTO, E. G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 519-26, 2010.

SILVA, S. A. et al. Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 382-7, 2008.

SINGER, A. J. et al. Association between burn characteristics and pain severity. **American Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 33, n. 9, p. 1229-31, 2015.

SMELTZER, S. O.; BARE, B. G. **Bruner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. v. 1. 2404p.

SOUSA, F. F. et al. Escala Multidimensional de Avaliação de dor (EMADOR). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 3-10, 2010.

SOUZA, T. J. A. Qualidade de vida do paciente internado em uma unidade de queimados. **Rev. Bras. Cir. Plást**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 10-5, 2011.

SUMMER, G. J. et al. Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. **The Journal of Pain**, Philadelphia, v. 8, n. 7, p. 533-548, 2007.

TABARRO, C. S. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 445-52, 2010.

TAETS, G. G. C; BARCELLOS, L. R. M. Música no cotidiano de cuidar: um recurso terapêutico para enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1009-16, 2010.

TEIXEIRA, C. C.; ALMEIDA, W. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente queimado. **Revista Científica do Unisalesiano**, Lins, v. 3, n. 6, p. 49-58, 2012.

VAAJOKI, A. et al. Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 5-6, p. 708-17, 2012.

WILLIAMS, C. Successful assessment and management of burn injuries. **Nursing Standard**, London, v. 23, n. 32, p. 53-60, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A WHO plan for burn prevention and care**. Genebra, 2008, 23p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Burns**. Genebra, 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>>. Acesso em: 05 mai 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief**. 2. ed. Genebra, 1996, 63p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence and Injury Prevention**. Genebra, 2014b. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/>. Acesso em: 05 jul 2016.

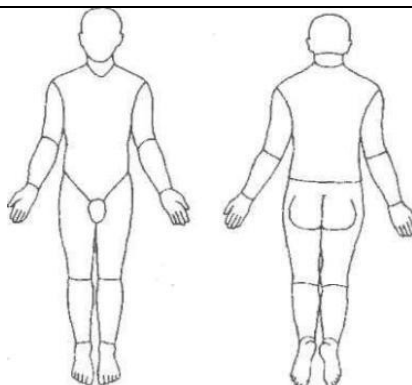
YUXIANG, L. et al. Burn patients experience of pain management a qualitative study. **Burns**, Guildford, v. 38, n. 2, p. 180-6, 2012.

ZARATE D, P.; DIAZ, T. V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 129, n. 2, p. 219-23, 2001.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO EM ENFERMAGEM</p>	
Título: Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras Pesquisadora: Lidiane Souza Lima Orientador: Prof ^ª Dr ^a Maria do Carmo Oliveira Ribeiro	
PARTE I - DADOS GERAIS	
IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
[1] Nome*: _____ [2] Grupo*: <input type="checkbox"/> 1. GA <input type="checkbox"/> 2. GB <input type="checkbox"/> 3. GC	
[3] N° do prontuário*: _____ [4] CNS*: _____ [5] DN*: ____/____/____	
[6] Idade em anos completos*: _____ [7] Gênero: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	
[8] Procedência: <input type="checkbox"/> 1. Aracaju <input type="checkbox"/> 2. N. S. Socorro <input type="checkbox"/> 3. São Cristóvão <input type="checkbox"/> 4. Barra dos Coqueiros <input type="checkbox"/> 5. Outro município de SE _____ <input type="checkbox"/> 6. Outro estado _____	
[9] Zona: <input type="checkbox"/> 1. Rural <input type="checkbox"/> 2. Urbana <input type="checkbox"/> 3. Periurbana	
[10] Estado civil: <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado(a) <input type="checkbox"/> 3. União estável <input type="checkbox"/> 4. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a)	
[11] Última série/ano concluída(o) na escolacurso técnico/faculdade: <input type="checkbox"/> 1. Escola: _____ (especificar quantos anos estudados) <input type="checkbox"/> 2. Curso Técnico: _____ (especificar quantos anos estudados) <input type="checkbox"/> 3. Nível Superior: _____ (especificar quantos anos estudados)	
[12] Desenvolve atividade remunerada: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [12.1] Se sim, qual? _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica [12.2] Se sim, possui carteira de trabalho assinada: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica [12.3] Se não, é/está: <input type="checkbox"/> 1. Estudante <input type="checkbox"/> 2. Aposentado <input type="checkbox"/> 3. “Do lar” <input type="checkbox"/> 4. Desempregado <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica	
[13] Renda familiar em reais: _____ [13.1] Quantas pessoas moram em casa: _____	
[14] Com quem mora: <input type="checkbox"/> 1. Família <input type="checkbox"/> 2. Parentes <input type="checkbox"/> 3. Amigos <input type="checkbox"/> 4. Sozinho <input type="checkbox"/> 5. Outros: _____	
[15] População em situação de vulnerabilidade social**: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [15.1] Se sim, qual**: <input type="checkbox"/> 1. Situação de rua <input type="checkbox"/> 2. População carcerária <input type="checkbox"/> 3. Convive com necessidades especiais <input type="checkbox"/> 4. Quilombola <input type="checkbox"/> 5. Cigano <input type="checkbox"/> 6. Aldeado <input type="checkbox"/> 7. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica	
[16] Cor: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena	
[17] Religião: <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. Católica <input type="checkbox"/> 3. Evangélico <input type="checkbox"/> 4. Espírita <input type="checkbox"/> 5. Outra: _____	
[18] Comorbidades*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [18.1] Se sim, qual(is)*: <input type="checkbox"/> 1. Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 2. Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> 3. Nefropatia <input type="checkbox"/> 4. Cardiopatia <input type="checkbox"/> 5. Pneumopatia <input type="checkbox"/> 6. Doença autoimune <input type="checkbox"/> 7. Tabagismo <input type="checkbox"/> 8. Uso abusivo do álcool <input type="checkbox"/> 9. Uso abusivo de outras drogas <input type="checkbox"/> 10. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica	

[19] Convive com alguma necessidade especial*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[19.1] Se sim, qual*: <input type="checkbox"/> 1. Física <input type="checkbox"/> 2. Visual <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
DADOS SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS ENVOLVIDAS NA QUEIMADURA E NOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE
[20] Data do evento*: ____/____/____ [20] Horário do evento: ____:____
[21] Turno**: <input type="checkbox"/> 1. Madrugada <input type="checkbox"/> 2. Manhã <input type="checkbox"/> 3. Tarde <input type="checkbox"/> 4. Noite
[22] Dia da semana**: <input type="checkbox"/> 1. Domingo <input type="checkbox"/> 2. Segunda-feira <input type="checkbox"/> 3. Terça-feira <input type="checkbox"/> 4. Quarta-feira <input type="checkbox"/> 5. Quinta-feira <input type="checkbox"/> 6. Sexta-feira <input type="checkbox"/> 7. Sábado
[23] Local do evento: <input type="checkbox"/> 1. Residência <input type="checkbox"/> 2. Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 3. Escola <input type="checkbox"/> 4. Área de recreação <input type="checkbox"/> 5. Bar <input type="checkbox"/> 6. Via Pública <input type="checkbox"/> 7. Comércio/Serviço <input type="checkbox"/> 8. Indústria/Construção <input type="checkbox"/> 9. Outros: _____
[24] Acidente de trabalho: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[24.1] Se sim, qual a natureza: <input type="checkbox"/> 1. Acidente típico <input type="checkbox"/> 2. Acidente de trajeto <input type="checkbox"/> 3. Outros _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[25] Natureza da lesão: <input type="checkbox"/> 1. Acidental <input type="checkbox"/> 2. Heteroagressão <input type="checkbox"/> 3. Autoagressão <input type="checkbox"/> 4. Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 5. Maus tratos
[26] Agente etiológico: <input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Gasolina <input type="checkbox"/> 3. Querosene <input type="checkbox"/> 4. Chama aberta <input type="checkbox"/> 5. Água quente <input type="checkbox"/> 6. Outra substância quente _____ (especificar) <input type="checkbox"/> 7. Objeto quente _____ (especificar) <input type="checkbox"/> 8. Queimadura elétrica <input type="checkbox"/> 9. Substância química _____ (especificar) <input type="checkbox"/> 10. Outros: _____
[27] Inalação de fumaça: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[28] Uso de bebida alcoólica no momento do evento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[29] Uso de outras drogas no momento do evento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[30] Tratamento caseiro: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[30.1] Se sim, qual: <input type="checkbox"/> 1. Água gelada <input type="checkbox"/> 2. Água em temperatura ambiente <input type="checkbox"/> 3. Manteiga <input type="checkbox"/> 4. Pasta de dente <input type="checkbox"/> 5. Banha <input type="checkbox"/> 6. Açúcar <input type="checkbox"/> 7. Borra de Café <input type="checkbox"/> 8. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[31] Atendimento de saúde anterior ao atual: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
[31.1] Se sim, qual: <input type="checkbox"/> 1. Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> 2. Unidade de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> 3. SAMU 192 <input type="checkbox"/> 4. Hospitais Regionais <input type="checkbox"/> 5. Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> 6. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[32] Meio de locomoção até o primeiro atendimento de saúde: <input type="checkbox"/> 1. A pé <input type="checkbox"/> 2. Veículo particular <input type="checkbox"/> 3. Táxi <input type="checkbox"/> 4. Ônibus <input type="checkbox"/> 5. SAMU 192 <input type="checkbox"/> 6. Corpo de Bombeiros <input type="checkbox"/> 7. Outros: _____
[33] Parte do corpo atingida*: <input type="checkbox"/> 1. Face/Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> 2. Tronco <input type="checkbox"/> 3. Membros superiores <input type="checkbox"/> 4. Membros inferiores <input type="checkbox"/> 5. Genitália <input type="checkbox"/> 6. Outros: _____



[34] Houve amputação de membro*: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

[34.1] Se sim, qual: ☐ 1. Membros superiores ☐ 2. Membros Inferiores ☐ 3. Genitália ☐ 4.

Outros: _____ ☐ 99. Não se aplica

[35] Percentual de área corporal queimada*: _____ % ☐ 98. Ausência de informação

[36] Profundidade da lesão*: ☐ 1. Primeiro grau ☐ 2. Segundo grau ☐ 3. Terceiro grau ☐ 4. Quarto grau

Admissão no Pronto-Socorro

[37.1] Data*: __/__/__ [37.2] Horário*: __:__

[37.3] Turno*: ☐ 1. Madrugada ☐ 2. Manhã ☐ 3. Tarde ☐ 4. Noite

[38] Há registro da dor em prontuário no PS*: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

[38.1] Se sim, qual(is) profissional(is)*: ☐ 1. Médico ☐ 2. Enfermeiro ☐ 3. Téc. de Enfermagem
☐ 4. Fisioterapeuta ☐ 5. Outros: _____ ☐ 99. Não se aplica

[38.2] Se sim, dados registrados no PS*: ☐ 1. Intensidade ☐ 2. Localização ☐ 3. Tipo ☐ 4.
Outros: _____ ☐ 99. Não se aplica

[39] Prescrição de analgesia no Pronto-Socorro*: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

[39.1] Se sim, qual(is)*?

☐ 1. Dipirona (Novalgina). Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 2. Metadona. Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 3. Morfina (Dimorf). Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 4. Tramal (Tramadol) Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 5. Cetoprofeno (Profenid) Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 6. Outro: _____ Dose: _____mg. Esquema: __/__/h. Via: ☐ 1.IM ☐ 2.IV ☐ 3.VO

☐ 99. Não se aplica

[39.2] Se sim, data da administração da 1ª analgesia*: __/__/__ ☐ 98. Ausência de informação

☐ 99. Não se aplica

[39.3] Se sim, hora da administração da 1ª analgesia*: __:__ ☐ 98. Ausência de informação

☐ 99. Não se aplica

Admissão na Unidade de Tratamento de Queimado (UTQ)

[40.1] Data*: __/__/__ [40.2] Horário*: __:__

[40.3] Turno*: ☐ 1. Madrugada ☐ 2. Manhã ☐ 3. Tarde ☐ 4. Noite

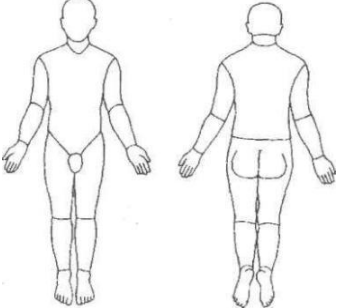
[41] Há registro da dor em prontuário na admissão da UTQ*: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

<p>[41.1] Se sim, qual(is) profissional(is)*: <input type="checkbox"/> 1.Médico <input type="checkbox"/> 2.Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3.Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> 4.Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 5. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[41.2] Se sim, dados registrados na admissão da UTQ*: <input type="checkbox"/> 1. Intensidade <input type="checkbox"/> 2. Localização <input type="checkbox"/> 3. Tipo <input type="checkbox"/> 4. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p>
<p>[42] Há prescrição de analgesia na admissão da UTQ*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>[42.1] Se sim, qual(is)*?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Dipirona (Novalgina). Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Metadona. Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Morfina (Dimorf). Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tramal (Tramadol) Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Cetoprofeno (Profenid) Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro: _____ Dose: _____mg. Aprazamento: _____ Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[42.2] Se sim, data da administração da 1ª analgesia*: ____/____/____ <input type="checkbox"/> 1. Rodelado. Justificativa: _____ <input type="checkbox"/> 98. Ausência de informação <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[42.3] Se sim, hora da administração da 1ª analgesia*: ____:____ <input type="checkbox"/> 1. Rodelado. Justificativa: _____ <input type="checkbox"/> 98. Ausência de informação <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p>
<p align="center">Informações atuais (Data: ____/____/____)</p>
<p>[43] Há prescrição de analgésicos (Desconsiderar os analgésicos que compõem o protocolo de analgesia)*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>[43.1] Se sim, qual(is)*:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Dipirona (Novalgina). Dose: _____mg. Aprazamento: _____ Via: <input type="checkbox"/> 1. IM <input type="checkbox"/> 2. IV <input type="checkbox"/> 3. VO</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Metadona. Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1. IM <input type="checkbox"/> 2. IV <input type="checkbox"/> 3. VO</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Morfina (Dimorf). Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1. IM <input type="checkbox"/> 2. IV <input type="checkbox"/> 3. VO</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tramal (Tramadol) Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1. IM <input type="checkbox"/> 2. IV <input type="checkbox"/> 3. VO</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Cetoprofeno (Profenid) Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1. IM <input type="checkbox"/> 2. IV <input type="checkbox"/> 3. VO</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outro: _____ Dose: _____mg. Aprazamento: _____. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p>
<p>[44] Há registro em prontuário sobre a dor durante o curativo*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>[44.1] Se sim, qual(is) profissional(is)*: <input type="checkbox"/> 1.Médico <input type="checkbox"/> 2.Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3.Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> 4.Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 5. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[44.2] Se sim, dados registrados sobre a dor durante o curativo*:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Intensidade <input type="checkbox"/> 2. Localização <input type="checkbox"/> 3. Tipo <input type="checkbox"/> 4. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[45] Há registro em prontuário sobre a dor no período de seguimento da pesquisa*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>[45.1] Se sim, em qual(is) dia(s)*: <input type="checkbox"/> 1. Dia 1 <input type="checkbox"/> 2. Dia 2 <input type="checkbox"/> 3. Dia 3</p> <p>[45.2] Se sim, qual(is) profissional(is)*: <input type="checkbox"/> 1.Médico <input type="checkbox"/> 2.Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3.Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> 4.Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 5. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica</p> <p>[45.3] Se sim, dados registrados sobre a dor no período*: <input type="checkbox"/> 1. Intensidade <input type="checkbox"/> 2. Localização</p>

<input type="checkbox"/> 3. Tipo <input type="checkbox"/> 4. Outros: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[46] Uso ATUAL de antibióticos*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [46.1] Se sim, qual(is)*: <input type="checkbox"/> 1. Ciprofloxacino (Cipro). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 2. Meropenem (Meronem). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 3. Cefepime (Maxcef). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 4. Polimixina B. Dose: _____UI. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 5. Anfotericina B. Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 6. Clindamicina (Dalacin). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 7. Vancomicina (Novamicin). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 8. Ceftriaxone (Rocefin). Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 9. Bactrim. Dose: ____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 10. Outro: _____. Dose: _____mg. Esquema: ____/____h. Via: <input type="checkbox"/> 1.IM <input type="checkbox"/> 2.IV <input type="checkbox"/> 3.VO <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[47] Tipo de cobertura*: <input type="checkbox"/> 1. Gaze simples <input type="checkbox"/> 2. Gaze vaselinada <input type="checkbox"/> 3. Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> 4. Colagenase <input type="checkbox"/> 5. Colagenase com cloranfenicol <input type="checkbox"/> 6. Cobertura especial <input type="checkbox"/> 7. AGE <input type="checkbox"/> 8. Outros _____
[48] Acompanhante na UTQ: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
INFORMAÇÕES SOBRE HÁBITOS RELACIONADOS À MÚSICA
[49] Gosta de ouvir música: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Indiferente
[50] Três gêneros musicais de que mais gosta: <input type="checkbox"/> 1. Clássica <input type="checkbox"/> 2. Gospel/Religiosa <input type="checkbox"/> 3. Música instrumental <input type="checkbox"/> 4. Axé Music <input type="checkbox"/> 5. Pagode <input type="checkbox"/> 6. Samba <input type="checkbox"/> 7. MPB <input type="checkbox"/> 8. Sertanejo <input type="checkbox"/> 9. Sertanejo universitário <input type="checkbox"/> 10. Forró (pé de serra) <input type="checkbox"/> 11. Forró eletrônico <input type="checkbox"/> 12. Sofrência <input type="checkbox"/> 13. Funk <input type="checkbox"/> 14. Reggae <input type="checkbox"/> 15. Música eletrônica <input type="checkbox"/> 16. Rock <input type="checkbox"/> 17. Outro: _____
[51] Qual(is) sensação(ões)/emoção(ões) que essas músicas lhe trouxeram? <input type="checkbox"/> 1. Indiferença <input type="checkbox"/> 2. Alegria <input type="checkbox"/> 3. Tristeza <input type="checkbox"/> 4. Saudade <input type="checkbox"/> 5. Revolta <input type="checkbox"/> 6. Arrependimento <input type="checkbox"/> 7. Angústia <input type="checkbox"/> 8. Euforia <input type="checkbox"/> 9. Outros: _____
PARTE II - AVALIAÇÃO DA DOR
[52] Dia de pesquisa**: <input type="checkbox"/> 1. Dia 1 <input type="checkbox"/> 2. Dia 2 <input type="checkbox"/> 3. Dia 3
ANTES DO CURATIVO
Sinais Vitais [53] Freq. Cardíaca: _____bpm [54] Freq. Respiratória: _____irpm [55] Saturação de O₂: _____%
[56] Administração do protocolo de analgesia da UTQ antes do curativo*: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não [56.1] Se sim, qual*: <input type="checkbox"/> 1. Dipirona (1g, IV) e Metadona (10mg, VO) <input type="checkbox"/> 2. Só Dipirona (1g, IV) <input type="checkbox"/> 3. Só Metadona (10mg, VO) <input type="checkbox"/> 4. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica [56.2] Se sim, que horas*: ____:____h
[57] Início da escuta musical**: ____:____h <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[58] Término da escuta musical**: ____:____h <input type="checkbox"/> 99. Não se aplica
[59] Início do curativo**: ____:____h
[60] Sente dor no momento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não

[60.1] Se sim, qual a intensidade da dor (Escala Visual Numérica)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[61] **Localização da dor:** ☐ 1.Face/Cabeça/Pescoço ☐ 2.Tronco ☐ 3. Membros superiores ☐ 4. Membros inferiores ☐ 5. Genitália ☐ 6. Outros: _____



[62] **Características da dor:** ☐ 1. Tremor ☐ 2. Latejante ☐ 3. Pancada ☐ 4. Pontada ☐ 5. Facada ☐ 6. Agulhada ☐ 7. Fina ☐ 8. Estraçalha ☐ 9. Beliscão ☐ 10. Aperto ☐ 11. Mordida ☐ 12. Esmagamento ☐ 13. Fisgada ☐ 14. Puxão ☐ 15. Em torção ☐ 16. Queimação ☐ 17. Formigamento ☐ 18. Coceira ☐ 19. Ferroada ☐ 20. Mal localizada ☐ 21. Sensação de peso ☐ 22.Outro: _____ ☐ 99. Não se aplica

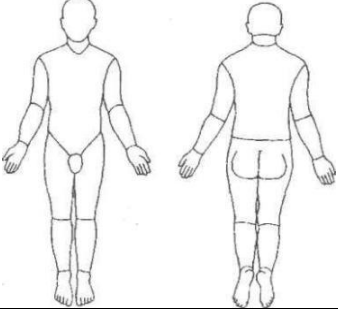
Diagnóstico de Enfermagem – Dor aguda

[63] **Características definidoras:** ☐ 1. Autorrelato da intensidade utilizando a escala ☐ 2. Comportamento de distração ☐ 3. Comportamento expressivo ☐ 4. Comportamento protetor ☐ 5. Desesperança ☐ 6. Diaforese ☐ 7. Dilatação das pupilas ☐ 8. Expressão facial de dor ☐ 9. Foco em si mesmo ☐ 10. Foco estreitado ☐ 11. Gestos de proteção ☐ 12. Mudanças no apetite ☐ 13. Mudanças nos parâmetros fisiológicos ☐ 14. Posição para aliviar a dor ☐ 15. Relato de outra pessoa sobre comportamento de dor/mudança de atividade ☐ 17. Náusea ☐ 18. Desmaio ☐ 19. Alteração do padrão ventilatório ☐ 20. rigidez muscular ☐ 21. Palidez ☐ 22. Outro: _____

DURANTE O CURATIVO

[60] Sente dor no momento: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não										
[60.1] Se sim, qual a intensidade da dor (Escala Visual Numérica)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[61] **Localização da dor:** ☐ 1.Face/Cabeça/Pescoço ☐ 2.Tronco ☐ 3. Membros superiores ☐ 4. Membros inferiores ☐ 5. Genitália ☐ 6. Outros: _____



[62] **Características da dor:** ☐ 1. Tremor ☐ 2. Latejante ☐ 3. Pancada ☐ 4. Pontada ☐ 5. Facada ☐ 6. Agulhada ☐ 7. Fina ☐ 8. Estraçalha ☐ 9. Beliscão ☐ 10. Aperto ☐ 11. Mordida ☐ 12. Esmagamento ☐ 13. Fisgada ☐ 14. Puxão ☐ 15. Em torção ☐ 16. Queimação ☐ 17.

Formigamento ☐ 18. Coceira ☐ 19. Ferroada ☐ 20. Mal localizada ☐ 21. Sensação de peso ☐
 22. Outro: _____ ☐ 99. Não se aplica

Diagnóstico de Enfermagem – Dor aguda

[63] **Características definidoras:** ☐ 1. Autorrelato da intensidade utilizando a escala ☐ 2. Comportamento de distração ☐ 3. Comportamento expressivo ☐ 4. Comportamento protetor ☐ 5. Desesperança ☐ 6. Diaforese ☐ 7. Dilatação das pupilas ☐ 8. Expressão facial de dor ☐ 9. Foco em si mesmo ☐ 10. Foco estreitado ☐ 11. Gestos de proteção ☐ 12. Mudanças no apetite ☐ 13. Mudanças nos parâmetros fisiológicos ☐ 14. Posição para aliviar a dor ☐ 15. Relato de outra pessoa sobre comportamento de dor/mudança de atividade ☐ 17. Náusea ☐ 18. Desmaio ☐ 19. Alteração do padrão ventilatório ☐ 20. rigidez muscular ☐ 21. Palidez ☐ 22. Outro: _____

DEPOIS DO CURATIVO

Sinais Vitais

[64] **Freq Cardíaca:** _____ bpm [65] **Freq Respiratória:** _____ ipm [66] **Saturação de O₂:** _____ %

[67] **Procedimento realizado**:** ☐ 1. Curativo no leito ☐ 2. Banho no leito ☐ 3. Banho de aspersão ☐ 4. Fisioterapia ativa ☐ 5. Fisioterapia passiva ☐ 6. Outro: _____

[68] **Término da escuta musical**:** _____:____h ☐ 99. Não se aplica

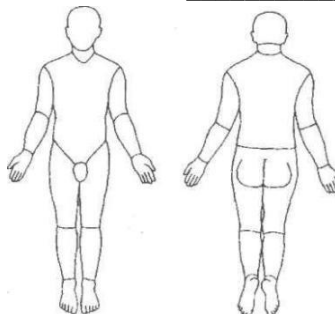
[69] **Término do curativo**:** _____:____h ☐ 99. Não se aplica

[70] **Sente dor no momento:** ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

[70.1] Se sim, qual a intensidade da dor (**Escala Visual Numérica**)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

[71] **Localização da dor:** ☐ 1. Face/Cabeça/Pescoço ☐ 2. Tronco ☐ 3. Membros superiores ☐ 4. Membros inferiores ☐ 5. Genitália ☐ 6. Outros: _____



[72] **Características da dor:** ☐ 1. Tremor ☐ 2. Latejante ☐ 3. Pancada ☐ 4. Pontada ☐ 5. Facada ☐ 6. Agulhada ☐ 7. Fina ☐ 8. Estraçalha ☐ 9. Beliscão ☐ 10. Aperto ☐ 11. Mordida ☐ 12. Esmagamento ☐ 13. Fisgada ☐ 14. Puxão ☐ 15. Em torção ☐ 16. Queimação ☐ 17. Formigamento ☐ 18. Coceira ☐ 19. Ferroada ☐ 20. Mal localizada ☐ 21. Sensação de peso ☐ 22. Outro: _____ ☐ 99. Não se aplica

Diagnóstico de Enfermagem – Dor aguda

[73] **Características definidoras:** ☐ 1. Autorrelato da intensidade utilizando a escala ☐ 2. Comportamento de distração ☐ 3. Comportamento expressivo ☐ 4. Comportamento protetor ☐ 5. Desesperança ☐ 6. Diaforese ☐ 7. Dilatação das pupilas ☐ 8. Expressão facial de dor ☐ 9.

Foco em si mesmo ☐ **10.** Foco estreitado ☐ **11.** Gestos de proteção ☐ **12.** Mudanças no apetite
☐ **13.** Mudanças nos parâmetros fisiológicos ☐ **14.** Posição para aliviar a dor ☐ **15.** Relato de
outra pessoa sobre comportamento de dor/mudança de atividade ☐ **17.** Náusea ☐ **18.** Desmaio ☐
19. Alteração do padrão ventilatório ☐ **20.** rigidez muscular ☐ **21.** Palidez ☐ **22.** Outro: _____

LEGENDA:

* Informação obtida em prontuário.

** Informação inferida ou observada pelas coletadoras

Atenção: Os itens sem qualquer sinalização serão questionados diretamente ao paciente, utilizando palavras de fácil entendimento.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B – Termo de Confidencialidade

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras

Pesquisadora: Lidianne Souza Lima

Orientador: Profª Drª Maria do Carmo Oliveira Ribeiro

II – Autorização da pesquisa e uso de prontuários

Prezado coordenador no Núcleo de Educação Permanente do HUSE, vimos solicitar autorização para realização da pesquisa intitulada **Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem a vítimas de queimaduras**, que tem como objetivo avaliar o efeito da música no alívio da dor e da ansiedade em vítimas de queimadura durante a realização do curativo diário. Deixa-se claro a pesquisa trará riscos mínimos aos pacientes ou prejuízo a esta instituição, porém a garantia do anonimato e sigilo anularam esses riscos. Em todas as etapas da pesquisa será seguida a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Solicitamos também o acesso aos prontuários e arquivos médicos.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Lidianne Souza Lima. Enfermeira. Telefones: (79) 9-9999-0670
2. Profª Drª Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro. Enfermeira. Telefones: (79) 9-9892-9191

IV – Consentimento

Declaro que após, convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto o acesso aos prontuários para a referida pesquisa.

Aracaju / SE, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do(a) representante do NEP do HUSE

Assinatura do orientador(a) da pesquisa

Assinatura da pesquisadora



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I – Título da pesquisa científica

Música como recurso terapêutico na assistência de enfermagem em vítimas de queimaduras

II – Termo de Consentimento

Senhor(a), estamos realizando uma pesquisa sobre o efeito da música no tratamento da queimadura e gostaríamos de saber se tem interesse em participar. Quem se interessar pela pesquisa participará de um sorteio para saber de qual grupo fará parte. Se a pessoa sortear o grupo controle não vai ouvir música em nenhum momento. Quem sortear o grupo A vai ouvir as músicas preferidas, com fone de ouvido, apenas antes de começar o curativo. Já quem sortear o grupo B vai ouvir as músicas preferidas, também com fone de ouvido, na hora do curativo. Logo depois que o senhor tomar a medicação para dor, vamos lhe fazer algumas perguntas sobre dor. As mesmas perguntas serão refeitas logo depois que terminar o curativo. Esse processo será repetido por três dias seguidos. No primeiro dia, além das perguntas sobre dor e ansiedade, vamos também lhe perguntar também sobre como aconteceu a queimadura e como foram os primeiros-socorros.

Os riscos desta pesquisa são: incomodo e infecção nos ouvidos, por causa dos fones, e estresse. Para evitar esses problemas, compramos um fone de silicone para cada participante e vamos controlar do volume do som. Além disso, o(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa, caso assim queira. Isso não lhe trará gastos financeiros nem prejuízo ao tratamento. Sua participação é voluntária.

Todas as informações fornecidas serão guardadas em segredo. E caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá ligar para o telefone registrado neste documento, que ficará com o(a) senhor(a).

Acredita-se que os resultados do estudo sejam importantes para que os profissionais de saúde e os diretores dessa unidade do hospital possam melhorar os cuidados prestados relativos a dor e ansiedade dos pacientes durante o curativo das feridas de queimaduras.

III – Informações do nome, endereço e telefone do pesquisador.

1. Lidiane Souza Lima. Enfermeira. Telefones: (79) 9-9999-0670

IV – Consentimento

Declaro que após os esclarecimentos, entendi tudo que me foi explicado e aceito, voluntariamente, a participar da pesquisa.

Aracaju / SE, _____ de _____ de 2016.

Digital

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Música no alívio da dor e da ansiedade em vítimas de queimaduras

Pesquisador: MARIA DO CARMO DE OLIVEIRA RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44587415.4.0000.5546

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.056.800

Data da Relatoria: 08/05/2015

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial da Saúde, lesões por queimaduras constituem o motivo de cerca de 11 milhões de atendimentos médicos e cerca de 265.000 mortes por ano. O tratamento das queimaduras é considerado doloroso, sendo a ansiedade um fator agravante. Em diversas situações de saúde, a música tem se mostrado efetivo recurso não-farmacológico no alívio da dor e da ansiedade. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito da música no alívio da dor e da ansiedade em vítimas de queimadura durante a realização do curativo diário. **MÉTODO:** Trata-se de um ensaio clínico, randomizado, com abordagem quantitativa, que será desenvolvido na Unidade de Terapia de Queimados (UTQ) do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE). A amostra será probabilística por conveniência, composta por adultos vítimas de queimaduras. O estudo terá início após autorização no Núcleo de Educação Permanente do HUSE e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. A participação na pesquisa é livre ao paciente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa será composta por um grupo controle (GC) e dois experimentais (GE1 e 2). Ao grupo controle será aplicado apenas o protocolo de analgesia já instituído no serviço. Ao GE1, a música clássica será utilizada por trinta minutos antes do curativo, associada ao protocolo de analgesia do serviço. No GE2, a música clássica será utilizada por trinta minutos antes, durante e por trinta minutos depois do curativo, também associada ao protocolo de analgesia. O Instrumento de coleta de dados é

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senador

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufse.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.056.800

composto de dados sociodemográficos, dados sobre o evento da queimadura, a escala visual numérica de avaliação da dor e a sessão do Inventário IDATE referente à ansiedade estado. **ANÁLISE DOS DADOS:** Será realizada estatística descritiva e Inferencial e os dados serão apresentados por meio de figuras e tabelas. Serão utilizados, preferencialmente, os Testes Qui-quadrado ou de Fisher com nível de significância de 5% ($p=0,05$). Acredita-se que os resultados dessa pesquisa auxiliarão no fomento a práticas humanizadas de assistência à saúde de vítimas de queimaduras.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar o efeito da música no alívio da dor e da ansiedade em vítimas de queimadura durante a realização do curativo diário.

Específicos: Verificar o efeito da música como recurso terapêutico no alívio da dor em vítimas de queimadura durante a realização do curativo diário; Mensurar o efeito da música na redução da ansiedade das vítimas de queimaduras frente à realização do curativo diário; Comparar o efeito terapêutico da música sobre o alívio da dor nos diferentes grupos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo é considerado com riscos mínimos para os envolvidos, entretanto a posse exclusiva dos dados pelos responsáveis da pesquisa e garantia do anonimato, sigilo e confidencialidade abolirão tais riscos.

Benefícios: Acredita-se que os resultados do estudo sejam importantes no sentido de colaborar com o alívio da dor e da ansiedade durante os curativos em vítimas de queimaduras. Espera-se que os resultados da pesquisa possam trazer benefícios expressivos por incentivar e subsidiar a implementação do uso da música de forma sistemática para o alívio da dor e ansiedade na UTQ e, por conseguinte, propiciar assistência humanizada e pautada em princípios científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem redigido, exequível e relevante acadêmica e socialmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes e conformes: cronograma, orçamento, folha de rosto, autorização do NEP-HUSE e TCLE.

Recomendações:

Retirar a solicitação de identificação pelo nome no instrumento de coleta de dados. Fere a premissa de anonimato.

Endereço: Rua Cláudio Belista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1505

E-mail: cephu@ufse.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



Continuação do Parecer: 1.050.000

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senador

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1505

E-mail: cephu@ufse.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO B – Autorização do Núcleo de Educação Permanente do Hospital de Urgências
de Sergipe**

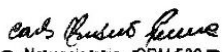


GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HUSE – HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOV. JOÃO ALVES FILHO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que recebemos a pesquisa dos discente Lidiane Souza Lima, intitulada “Música no alívio da dor e da ansiedade em vítimas de queimaduras” e estamos aguardando a liberação do comitê de ética e pesquisa da instituição proponente – Universidade Federal de Sergipe- para que a mesma inicie a coleta dos dados.

Aracaju, 12 de fevereiro de 2015


Dr. Carlos Umberto Pereira
Nº de inscrição - CRM 580
CPF 073394985-53
Gerente do NEP